

NOTIFICACIÓN DE REACCIÓN TRANSFUSIONAL



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

CUESTIONARIO: NOTIFICACIÓN DE UN INCIDENTE RELACIONADO CON LA DONACIÓN

DATOS DEL DONANTE

Apellidos y nombre (Iniciales) N° de identificación

Fecha_ _ / _ _ / _ _ Sexo H M NUSS:

Centro de Transfusión o Banco de Sangre:

Fecha_ _ / _ _ / _ _ (DD/MM/AA)

MOMENTO DEL INCIDENTE

En la donación

Post-donación

TIPO DE INCIDENTE

Donación de Sangre

Donación de Aféresis

Hematoma Infección local Náuseas y Vómitos Pérdida de conciencia

Punción arterial Alergia al desinfectante Movimientos clónicos Tetania

Fistula arteriovenosa Lesión neurológica Incontinencia

Tromboflebitis

Reacciones al Citrato Especificar

Mal funcionamiento de la máquina Especificar

Problemas del acceso venoso Especificar

Otros Especificar

CARACTERÍSTICAS DE LA DONACIÓN:

CARACTERÍSTICAS DEL DONANTE:

En el propio Banco <input type="checkbox"/>	Bajo peso <input type="checkbox"/>	Ayuno superior a 5 horas <input type="checkbox"/>
En Equipos móviles:	Reacciones previas <input type="checkbox"/>	Otras <input type="checkbox"/>
Unidad móvil <input type="checkbox"/>	Fatiga previa <input type="checkbox"/>	Especificar
Local habilitado <input type="checkbox"/>	
Circunstancias ambientales:	Donante de 1ª vez <input type="checkbox"/>
Calor excesivo <input type="checkbox"/>	Donante habitual <input type="checkbox"/>
Frio <input type="checkbox"/>	Donante ocasional <input type="checkbox"/>
Humedad <input type="checkbox"/>	Autodonación <input type="checkbox"/>	
Insuficiencia del local <input type="checkbox"/>		
Incidencias de la donación:		
Sangría alargada <input type="checkbox"/>		

En caso de inadecuada selección del donante se considera debido a:

Insuficiente formación del personal Guía de Criterios de Exclusión incorrecta

Material de información inadecuado Razones epidemiológicas no contempladas