

Ficha de Notificação e Investigação de Incidentes Transfusoriais Não Infecciosos Imediatos e Tardios

NOTIFICAÇÃO					
01	Nº DA FICHA:	02	DATA DA NOTIFICAÇÃO:		
03	TIPO DE INCIDENTE: () imediato () tardio	04	TIPO DE TRANSFUSÃO: () homóloga () autóloga		
IDENTIFICAÇÃO					
05	PACIENTE (NOME COMPLETO)			06	DATA DE NASCIMENTO:
07	NOME DA MÃE				
08	Nº PRONTUÁRIO / Nº DO CARTÃO SUS			09	SEXO: () masculino () feminino
10	DIAGNÓSTICO CLÍNICO (CID de internação):				
HISTÓRIA TRANSFUSIONAL					
11	INDICAÇÃO DA TRANSFUSÃO:				
12	TRANSFUSÕES PRÉVIAS: () ATÉ 5 () ENTRE 5 E 10 () ENTRE 10 E 20 () MAIS DE 20 () Qte. ignorada () NÃO HOUVE () IGNORADO				
13	HISTÓRIA DE INCIDENTES TRANSFUSIONAIS PRÉVIOS: () Sim () Não () Ignorado				
HEMOCOMPONENTES RELACIONÁVEIS COM A NOTIFICAÇÃO					
14	TIPO DE HEMOCOMPONENTE	15	Nº DO HEMOCOMPONENTE	16	DATA DE EXPIRAÇÃO
LOCAL ONDE FOI REALIZADA A TRANSFUSÃO					
18	UNIDADE DE SAÚDE:				
19	ESPECIFICAR O SETOR:				
	<input type="checkbox"/> CENTRO CIRÚRGICO <input type="checkbox"/> TRANSPLANTE MEDULA OSSEA <input type="checkbox"/> PEDIATRIA <input type="checkbox"/> RECUPERAÇÃO PÓS OPERATÓRIA <input type="checkbox"/> MEDICINA INTERNA <input type="checkbox"/> NEONATOLOGIA <input type="checkbox"/> CENTRO OBSTÉTRICO <input type="checkbox"/> CLÍNICA CIRÚRGICA <input type="checkbox"/> HEMATOLOGIA <input type="checkbox"/> EMERGÊNCIA <input type="checkbox"/> CTI <input type="checkbox"/> AMBULATÓRIO DE TRANSFUSÃO <input type="checkbox"/> TRANSFUSÃO DOMICILIAR <input type="checkbox"/> OUTROS ESPECIFICAR:				
20	DATA DA OCORRÊNCIA DO INCIDENTE TRANSFUSIONAL:			21	HORA:
22	MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS/LABORATORIAIS DO INCIDENTE TRANSFUSIONAL				
	<input type="checkbox"/> CALAFRIOS <input type="checkbox"/> TAQUICARDIA <input type="checkbox"/> VÔMITOS <input type="checkbox"/> FEBRE <input type="checkbox"/> INQUIETAÇÃO / ANSIEDADE <input type="checkbox"/> PLAQUETOPENIA <input type="checkbox"/> PRURIDO <input type="checkbox"/> DOR LOMBAR <input type="checkbox"/> ERITRODERMIA DISSEMINADA <input type="checkbox"/> URTICÁRIA <input type="checkbox"/> HEMOGLOBINÚRIA <input type="checkbox"/> ERUPÇÃO BOLHOSA <input type="checkbox"/> DISPNEIA <input type="checkbox"/> CHOQUE <input type="checkbox"/> ICTERÍCIA / ALT.FUNÇÃO HEPÁTICA <input type="checkbox"/> CIANOSE <input type="checkbox"/> CIVD <input type="checkbox"/> DIARRÉIA AGUDA INTENSA <input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO <input type="checkbox"/> HIPOTENSÃO <input type="checkbox"/> SOBRECARGA DE FERRO <input type="checkbox"/> EDEMA AGUDO DE PULMÃO <input type="checkbox"/> NÁUSEAS <input type="checkbox"/> ALOIMUNIZAÇÃO <input type="checkbox"/> OUTROS ESPECIFICAR:				
23	TIPO DE INCIDENTE SUSPEITO:				
24	OBSERVAÇÕES				

Ficha de Notificação e Investigação de Incidentes Transfusionais Não Infecciosos Imediatos e Tardios

--	--

INVESTIGAÇÃO			
25	Tipo do hemocomponente:	26	Nº do hemocomponente:
EXAMES IMUNOEMATOLÓGICOS – AMOSTRA PACIENTE			
		Pré-transfusional	Pós - transfusional
27	ABO/Rh		
28	PESQUISA DE ANTICORPOS IRREGULARES 1- positivo 2- negativo 3- inconclusivo 4- não realizou 9- ignorado		
29	ANTICORPO(S) IDENTIFICADO(S)		
30	PROVA DE COMPATIBILIDADE 1-compatível 2-não compatível 3- inconclusivo 4-não realizou 9- ignorado		
31	AUTO-CONTROLE 1- positivo 2- negativo 3- inconclusivo 4- não realizou 9- ignorado		
32	ANTIGLOBULINA DIRETA / COOMBS DIRETO 1- positivo 2- negativo 3- inconclusivo 4- não realizou 9- ignorado		
33	ELUATO 1- positivo 2- negativo 3- inconclusivo 4- não realizou 9- ignorado		
34	ANTICORPO(S) IDENTIFICADO(S) NO ELUATO		
EXAMES IMUNOEMATOLÓGICOS – AMOSTRA BOLSA			
		Pré-transfusional	Pós - transfusional
35	ABO/Rh		
36	TESTE DE HEMÓLISE: 1- positivo 2- negativo 3- inconclusivo 4- não realizou 9- ignorado		
HEMOCULTURA– AMOSTRA PACIENTE			
37	CRESCIMENTO BACTERIANO: () positivo () negativo () inconclusivo () não realizou () ignorado		
38	MICROORGANISMO(S) ISOLADO(S):		
HEMOCULTURA– AMOSTRA BOLSA			
39	CRESCIMENTO BACTERIANO: () positivo () negativo () inconclusivo () não realizou () ignorado		
40	MICROORGANISMO(S) ISOLADO(S):		
41	INSPEÇÃO VISUAL DA BOLSA: () NORMAL () ANORMAL () NÃO REALIZADA/DISPONÍVEL		
42	TIPO DE ANORMALIDADE:		
INSTITUIÇÃO FORNECEDORA DO HEMOCOMPONENTE			
43	DISTRIBUÍDO POR:		
44	HEMOCAD/CODVISA:		
45	TIPO DE INSTITUIÇÃO:		
46	PROVAS PRÉ-TRANSFUSIONAIS REALIZADAS NA INSTITUIÇÃO DE ORIGEM DOS HEMOCOMPONENTES: () Sim () Não		

Ficha de Notificação e Investigação de Incidentes Transfusionais Não Infecciosos Imediatos e Tardios

CONCLUSÃO	
47	TIPO DO HEMOCOMPONENTE: 57 Nº DO HEMOCOMPONENTE:
48	PROVÁVEL GRAU DE CORRELAÇÃO COM A TRANSFUSÃO: () CONFIRMADA () DESCARTADA () INCONCLUSIVA
49	TIPO DE EVENTO ADVERSO: <input type="checkbox"/> Reação hemolítica aguda <input type="checkbox"/> Reação febril não hemolítica <input type="checkbox"/> Reação alérgica () leve () moderada () grave <input type="checkbox"/> Sobrecarga volêmica – TACO <input type="checkbox"/> Contaminação bacteriana <input type="checkbox"/> Edema pulmonar não cardiogênico / TRALI <input type="checkbox"/> Reação hipotensiva <input type="checkbox"/> Hemólise não imune <input type="checkbox"/> Púrpura Pós Transfusional – PPT <input type="checkbox"/> Doença do Enxerto versus Hospedeiro Associada à Transfusão - TAGVHD <input type="checkbox"/> Aloimunização a Antígenos Eritrocitários <input type="checkbox"/> Sobrecarga de Ferro <input type="checkbox"/> Outros. Especificar:
50	GRAVIDADE GRAU: () I – AUSÊNCIA DE RISCO DE VIDA IMEDIATO OU A LONGO PRAZO () II – MORBIDADE A LONGO PRAZO () III – RISCO DE VIDA IMEDIATO () IV – MORTE
51	PROVÁVEL LOCAL (INSTITUIÇÃO OU SETOR) DA NÃO CONFORMIDADE
52	HÁ SUSPEITA DE REAÇÃO ADVERSA OU QUEIXA TÉCNICA REFERENTES AOS PRODUTOS DE SAÚDE EMPREGADOS NO PROCEDIMENTO. Ex: bolsa, equipo, kit imunematológico, kit sorológico e outros () SIM () NÃO
53	EM CASO AFIRMATIVO, HOUVE NOTIFICAÇÃO? () SIM () NÃO
54	EM CASO AFIRMATIVO, QUAL O Nº DA NOTIFICAÇÃO DA TECNOVIGILÂNCIA?
55	OBSERVAÇÕES E CONCLUSÃO DO RESPONSÁVEL PELA HEMOVIGILÂNCIA Informações adicionais relevantes para o esclarecimento do caso:

Assinatura do responsável pela hemovigilância (Comitê Transfusional) no local