

1. IDENTIFICACIÓN DE LA INSTITUCIÓN

Nombre	Servicio	
Reporte realizado por	Cargo	Fecha de reporte
		DÍA MES AÑO

2. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Nombre y número de historia clínica o ingreso	Sexo F M	Edad (años)
Dirección	Teléfonos	

3. DATOS DE LA HISTORIA CLÍNICA

Antecedentes transfusionales SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Fecha	Diagnóstico	Componente (s) utilizado (s)
Antecedentes de reacciones adversas transfusionales SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Fecha	Tipo de reacción transfusional presentada	
Antecedentes obstétricos (gestaciones, partos, abortos)	Antecedentes quirúrgicos SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Compromiso inmunológico SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
	Especifique:	Especifique:	
Diagnóstico principal	Otro diagnóstico	Grupo sanguíneo (ABO, Rh)	
Medicación previa a la transfusión:	Pruebas pretransfusionales		
	Prueba de Coombs _____ Hemoclasificación del receptor _____		
Motivo por el cual se realiza la transfusión:	Pruebas cruzadas mayores _____ Rastreo Anticuerpos Irregulares _____		

4. IDENTIFICACIÓN DE LA REACCIÓN ADVERSA

Momento de presentación de la reacción	Fecha de transfusión	Fecha de inicio de la reacción	Hora de inicio de la transfusión _____ :
<input type="checkbox"/> Durante la transfusión <input type="checkbox"/> Posttransfusión _____ : _____ horas			Hora de inicio de la reacción _____ :

5. SIGNOS Y SÍNTOMAS CLÍNICOS

SIGNOS VITALES	PRETRANSFUSIÓN	POSTTRANSFUSIÓN	SIGNOS VITALES	PRETRANSFUSIÓN	POSTTRANSFUSIÓN
Temperatura (°C)			Frecuencia cardiaca (latidos/minuto)		
Presión arterial (mm/Hg)			Frecuencia respiratoria (resp./minuto)		

<input type="checkbox"/> Fiebre	<input type="checkbox"/> Hemorragia	<input type="checkbox"/> Dolor lumbar	<input type="checkbox"/> Hipoxemia	<input type="checkbox"/> Arritmias cardíacas	<input type="checkbox"/> Eritema
<input type="checkbox"/> Escalofrío	<input type="checkbox"/> Urticaria	<input type="checkbox"/> Dolor torácico	<input type="checkbox"/> Hemoglobinuria	<input type="checkbox"/> Parestesias	<input type="checkbox"/> Edema
<input type="checkbox"/> Hipotensión	<input type="checkbox"/> Náuseas/Vómito	<input type="checkbox"/> Dolor en el sitio de la infusión	<input type="checkbox"/> Disnea	<input type="checkbox"/> Tetania	<input type="checkbox"/> Choque
<input type="checkbox"/> Hipertensión	<input type="checkbox"/> Ictericia	<input type="checkbox"/> Cefalea	<input type="checkbox"/> Tos	<input type="checkbox"/> Eritrodermia	<input type="checkbox"/> Diarrea
<input type="checkbox"/> Oliguria/anuria	<input type="checkbox"/> Taquicardia	<input type="checkbox"/> Prurito	<input type="checkbox"/> Cianosis	<input type="checkbox"/> Edema pulmonar	<input type="checkbox"/> Petequias
<input type="checkbox"/> Convulsiones	<input type="checkbox"/> Somnolencia	<input type="checkbox"/> Confusión	<input type="checkbox"/> Estupor	<input type="checkbox"/> Delirio	<input type="checkbox"/> Coma

6. INFORMACIÓN DEL (LOS) PRODUCTO (S) RELACIONADO (S)

Producto (s) transfundido (s)	<input type="checkbox"/> Sangre completa	<input type="checkbox"/> Plaquetas	<input type="checkbox"/> Plasma congelado	Otro
	<input type="checkbox"/> Eritrocitos	<input type="checkbox"/> Plasma fresco congelado	<input type="checkbox"/> Crioprecipitado	
Origen institucional del (los) producto (s) (banco de sangre - código)	Grupo de la (s) unidad (es) (ABO, Rh)	Número (s) de la (s) unidad (es) o de lote (s)	Fecha de vencimiento (día/mes/año)	
Cantidad del (los) producto (s) administrada (os) hasta el inicio de la manifestación de la reacción (mL)	Duración de la transfusión (horas)	Modificaciones al (los) producto (s) (leucorreducción, irradiación, calentador, glicerolización, lavado, bomba de infusión)		

7. PROCEDIMIENTOS MÉDICOS Y DATOS DE LABORATORIO

<input type="checkbox"/> Ninguna	<input type="checkbox"/> Suplencia de O2	<input type="checkbox"/> Gases arteriales	<input type="checkbox"/> LEV
<input type="checkbox"/> Interrupción temporal de la transfusión	<input type="checkbox"/> Vasopresores	<input type="checkbox"/> Electrocardiograma	<input type="checkbox"/> Tipificación HLA
<input type="checkbox"/> Interrupción definitiva	<input type="checkbox"/> Analgésicos	<input type="checkbox"/> Pruebas cruzadas _____	RAI (Coombs/enzima) _____
<input type="checkbox"/> Traslado UCI	<input type="checkbox"/> Diuréticos	Sensibilización de eritrocitos (Coombs): _____ Gram y cultivo: _____	
<input type="checkbox"/> Esteroides	<input type="checkbox"/> Antihistamínicos	Parcial de orina: _____ Cuadro hemático: _____	
<input type="checkbox"/> Antipiréticos	<input type="checkbox"/> Electrolitos	Pruebas de hemólisis: Hemoglobina libre _____ LDH: _____ % Hemólisis _____	
<input type="checkbox"/> Transaminasas: _____	<input type="checkbox"/> Bilirrubinas: _____		
<input type="checkbox"/> Radiografía de tórax y otras imágenes diagnósticas: _____			

Notas _____

8. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN Y CONCLUSIONES (DEFINICIÓN DE CASO)

Reacciones transfusionales agudas no infecciosas

<input type="checkbox"/> Reacción febril no hemolítica	<input type="checkbox"/> Reacción alérgica: ___Urticaria ___Severa/anafiláctica/anafilactoide	<input type="checkbox"/> Reacciones hemolíticas agudas: ___Producto incorrecto
<input type="checkbox"/> Hemólisis no inmune	<input type="checkbox"/> TRALI	<input type="checkbox"/> Toxicidad por citrato (hipocalcemia)
<input type="checkbox"/> Hipotensión	<input type="checkbox"/> Hipertensión	<input type="checkbox"/> Trastornos del potasio y del equilibrio ácido base

Reacciones transfusionales tardías no infecciosas

<input type="checkbox"/> Reacción hemolítica tardía	<input type="checkbox"/> Púrpura postransfusional	<input type="checkbox"/> Enfermedad injerto contra huésped	<input type="checkbox"/> Inmunomodulación	<input type="checkbox"/> Sobrecarga de hierro
---	---	--	---	---

Infecciones transmitidas por la transfusión

<input type="checkbox"/> Infección viral (especificar)	<input type="checkbox"/> Infección bacteriana (especificar)	<input type="checkbox"/> Otras infecciones (especificar)
--	---	--

9. IDENTIFICACIÓN DE LA REACCIÓN DENTRO DE LA CADENA TRANSFUSIONAL

<input type="checkbox"/> Selección del donante	<input type="checkbox"/> Almacenamiento de los hemocomponentes	<input type="checkbox"/> Distribución y transporte de los hemocomponentes
<input type="checkbox"/> Recolección de la unidad	<input type="checkbox"/> Procesamiento	<input type="checkbox"/> Transfusión del producto

10. SEVERIDAD DE LA REACCIÓN

<input type="checkbox"/> GRADO 1 (Leve, sin morbilidad a corto o largo plazo)	<input type="checkbox"/> GRADO 2 (Moderada, con morbilidad a largo plazo)	<input type="checkbox"/> GRADO 3 (Severa, morbilidad inmediata que pone en riesgo la vida del paciente)
<input type="checkbox"/> GRADO (Muerte)	<input type="checkbox"/> NO DETERMINADA (anotar los motivos por los cuales no se ha determinado)	

11. IMPUTABILIDAD

<input type="checkbox"/> NO EVALUABLE (no existen datos suficientes para determinar que la reacción adversa está relacionada con la administración del producto sanguíneo)	<input type="checkbox"/> GRADO 0: EXCLUIDA (la evidencia permite descartar a la transfusión como causa de la reacción adversa)
<input type="checkbox"/> GRADO 1: POSIBLE (la evidencia no permite establecer a la transfusión como causa de la reacción adversa, sino que ésta también podría explicarse por causas diferentes)	<input type="checkbox"/> GRADO 2: PROBABLE (la evidencia claramente está a favor de atribuir la causa de la reacción adversa con la administración del producto sanguíneo)
<input type="checkbox"/> GRADO 3: DEFINITIVA (la evidencia es concluyente para atribuir a la transfusión como causa de la reacción adversa)	

12. ESTATUS DE LA INVESTIGACIÓN

<input type="checkbox"/> EN PROGRESO (la información está siendo recolectada y analizada por el equipo de trabajo)	<input type="checkbox"/> CONCLUIDA (el caso se ha cerrado tras realizar la investigación y llegar a las conclusiones respectivas)	<input type="checkbox"/> NO PUDO SER REALIZADA (anotar los motivos por los cuales aún no se ha concluido la investigación)
--	---	--

13. IDENTIFICACIÓN DE PUNTOS CRÍTICOS Y PLAN DE MEJORAMIENTO

Nombre médico responsable	Registro médico	Firma y sello
---------------------------	-----------------	---------------