



فرم گزارش واکنش های تزریق خون و فرآورده های آن



شماره واکنش در استان

نمونه فرم

۱- مشخصات بیمار (تکمیل توسط پرستار)

نام:	نام خانوادگی:	جنسیت: <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> زن	تاریخ تولد: / /
کد ملی:	نام کامل بیمارستان / مرکز درمانی:	بخش محل بروز واکنش:	
شهر محل بیمارستان:	استان محل بیمارستان:	شماره پذیرش / پرونده:	

۲- وضعیت بالینی (تکمیل توسط پرستار)

علت بستری:

علت نیاز به تزریق خون یا فرآورده:

سابقه حاملگی / سقط جنین (در طول زندگی): ☐ بلی ☐ خیر در صورت وجود سابقه، زمان آخرین حاملگی یا سقط: ☐ در کمتر از سه ماه گذشته ☐ در بیشتر از سه ماه گذشته

تاریخچه بیماری: ☐ فشار خون ☐ بیماری قلبی ☐ بیماری های عروقی ☐ بیماری ریوی ☐ اختلال انعقادی ☐ بیماری کلیوی ☐ الژزی ☐ بیماری کبدی

سابقه قبلی تزریق خون و فرآورده: ☐ بلی (در کمتر از سه ماه گذشته) ☐ بلی (در بیشتر از سه ماه گذشته) ☐ خیر / سابقه قبلی واکنش به تزریق خون: ☐ بلی ☐ خیر

در صورت مصرف آنتی بیوتیک، نام، تاریخ و ساعت مصرف آخرین دوز:

در صورت مصرف داروی ضد انعقاد، نام دارو:

علت مصرف داروی ضد انعقاد:

۳- مشخصات فرآورده (های) تزریقی (تکمیل توسط پرستار)

<input type="checkbox"/> Whole blood (WB) <input type="checkbox"/> Red Blood Cells (RBC) <input type="checkbox"/> Leukoreduced RBC <input type="checkbox"/> Washed RBC <input type="checkbox"/> Washed LR RBC <input type="checkbox"/> Irradiated RBC <input type="checkbox"/> Irradiated LR RBC <input type="checkbox"/> Pediatric RBC <input type="checkbox"/> Reconstituted Whole Blood <input type="checkbox"/> Autologous Blood	<input type="checkbox"/> Fresh Frozen Plasma (FFP) <input type="checkbox"/> Cryoprecipitate (CP) <input type="checkbox"/> Cryo Poor Plasma (CPP) <input type="checkbox"/> Platelet Concentrate (PC) <input type="checkbox"/> Apheresis Platelet <input type="checkbox"/> Irradiated Platelet <input type="checkbox"/> Irradiated Apheresis Platelet سایر فرآورده ها (با ذکر نام): توضیحات:	نام فرآورده، ABO و Rh کیسه منجر به بروز واکنش: شماره کیسه منجر به بروز واکنش: Collection date: تاریخ تزریق کیسه منجر به بروز واکنش: ساعت شروع تزریق کیسه منجر به بروز واکنش: --:-- <input type="checkbox"/> واکنش حین تزریق رخ داده و منجر به قطع تزریق شده است، ساعت بروز واکنش: --:-- ساعت قطع تزریق: --:-- حجم تقریبی تزریق شده از کیسه تا زمان بروز واکنش بر حسب میلی لیتر: آیا تزریق این کیسه مجدداً شروع شده است؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر ← ساعت شروع مجدد تزریق: --:-- ساعت اتمام تزریق: --:-- <input type="checkbox"/> کیسه بطور کامل تزریق شده (یعنی بروز واکنش پس از اتمام تزریق رخ داده)، حجم تقریبی: ساعت اتمام تزریق: --:-- ساعت بروز واکنش: --:-- وضعیت بیمار هنگام تزریق کیسه منجر به بروز واکنش: <input type="checkbox"/> تحت بیهوشی عمومی (در اتاق عمل) <input type="checkbox"/> بی حسی نخاعی (در اتاق عمل) <input type="checkbox"/> هیچ کدام چنانچه کیسه منجر به بروز واکنش، حاوی RBC (گلبول قرمز) بوده، آیا گرم شده است؟ روش گرم کردن:
---	--	--

۴- یافته های پس از بروز واکنش:

۴-الف (الف) علائم و نشانه های بالینی (تکمیل توسط پزشک و پرستار) تنها علائمی ذکر شود که قبل از تزریق وجود نداشته / یا در صورتی که وجود داشته، تشدید یافته است:

علائم حیاتی بیمار	قبل از تزریق	بعد از بروز واکنش
تب	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
لوز	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ناخوشی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
بی قراری	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
تهوع	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
استفراغ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
خارش	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
کپهر	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
راش	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
تنگی نفس	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
سرفه	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ادم صورت	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ویز	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
رال	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
استریدور	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
برادی پنه	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
تاکی پنه	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
سردرد	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
درد قفسه سینه	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
درد شکم	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
درد پشت	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
درد محل تزریق	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
افزایش فشار خون	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
کاهش فشار خون	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
تاکی کاردی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
برادیکاردی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
قطع ادرار	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
کم شدن حجم ادرار	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
تغییر رنگ ادرار	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
خونریزی، محل آن:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
سایر علائم:	

۴-ب (ب) نتایج Chest X - Ray بعد از وقوع واکنش: ☐ انفیلتراسیون دوطرفه ☐ بزرگی سایز قلب ☐ احتقان عروق ریوی سایر موارد:

۴-ج (ج) نتایج آزمایشگاهی (پس از بروز واکنش):

نوع آزمایش	قبل از تزریق	بعد بروز واکنش
ABO-Rh بیمار		
Cross Match (سازگار یا ناسازگار)		
Direct Antiglobulin test (DAT) (در صورت انجام): (مثبت یا منفی)		
Ab Screening (در صورت انجام): (مثبت یا منفی)		

نتیجه کشت خون بیمار:

نتیجه رنگ آمیزی گرم خون بیمار:

میزان پتاسیم، کلسیم، بیلی روبین، BUN، کراتنین، PH، LDH، ALT (پس از بروز واکنش در صورت انجام):

در صورت گزارش مقادیر بالا و غیر طبیعی هر یک از آزمایشات بالا (متعاقب تزریق خون یا فرآورده)، بیان مقادیر آن ها قبل از تزریق خون هم (حتی الامکان) الزامیست.

به هیچ وجه از علامت (+ و -) استفاده نکنید!
در صورت عدم انجام، خانه های جدول را خالی بگذارید.



I N H S



سازمان تخصصی خون و سرطان

نام و نام خانوادگی بیمار:

نام بیمارستان:

۵- تشخیص و شدت واکنش (تکمیل توسط پزشک)

۵-الف) تشخیص نوع واکنش: (فقط یک واکنش انتخاب شود که همخوانی بیشتری با علائم دارد)

☐ FNHTR*¹ ☐ Allergic Reaction ☐ Anaphylaxis ☐ Sepsis
☐ TAD*² ☐ TRALI*³ ☐ TACO*⁴ ☐ PTP*⁵ ☐ TA-GVHD*⁶

☐ Hypotension (در صورت مصرف داروهای ACEI⁷ مانند کاپتوپریل، انالپریل و ... قبل از تزریق خون، نام دارو:.....)

☐ Immune ☐ Acute ☐ Hemolytic Transfusion Reaction -
☐ ABO Incompatible Blood ☐ Immune ☐ Acute ☐ Hemolytic Transfusion Reaction -
☐ Allo antibodies ☐ Non Immune ☐ Delayed ☐ HTR (HTR)
☐ Immune ☐ Acute ☐ Hemolytic Transfusion Reaction -
☐ ABO Incompatible Blood ☐ Immune ☐ Acute ☐ Hemolytic Transfusion Reaction -
☐ Allo antibodies ☐ Non Immune ☐ Delayed ☐ HTR (HTR)

- سایر تشخیص ها

- توضیحات:

۵-ب) شدت واکنش: ☐ خفیف (درجه ۱) ☐ شدید (درجه ۲) ☐ تهدیدکننده حیات (درجه ۳ نظیر شوک) ☐ مرگ (درجه ۴)

در صورت مرگ، توضیح شرایط منجر به مرگ:

۶- اقدامات درمانی انجام شده پس از بروز واکنش ناشی از تزریق خون یا فرآورده (تکمیل توسط پزشک)

☐ تجویز تب بر ☐ تجویز مسکن ☐ تجویز آنتی هیستامین ☐ تجویز ضد تهوع ☐ تجویز استروئید ☐ تجویز دیورتیک ☐ تجویز وازوپرسورها
☐ تجویز آنتی بیوتیک ☐ تجویز اکسیژن ☐ تهویه مکانیکی ☐ انتقال به ICU ☐ جزئیات:

ایا بیمار از محل تزریق خون، به طور همزمان، دارو یا محلول تزریقی دیگری به جز نرمال سالین دریافت کرده است؟

۷- قابلیت استناد واکنش* (به تعاریف در انتهای ضمیمه دقت شود) - (تکمیل توسط پزشک)

☐ قطعی) Certain ☐ محتمل) Probable ☐ ممکن) Possible ☐ احتمال اندک) Unlike یا Exclude ☐ (بدون ارتباط) Not Applicable

۸- وضعیت بالینی بیمار مرتبط با واکنش ناشی از تزریق خون یا فرآورده های آن (تکمیل توسط پزشک)

☐ بهبود کامل علائم مرتبط با واکنش ☐ ناتوانی جزئی یا مختصر ☐ ناتوانی شدید یا نقص عضو دائمی ☐ انتقال به بیمارستان دیگر نام بیمارستان مقصد:
☐ مرگ ☐ علت مرگ: ۱- تزریق خون و فرآورده های آن ☐ ۲- بیماری زمینه ای ☐ ۳- بیماری زمینه ای و تزریق خون و فرآورده های آن

۹- افراد مرتبط

نام و نام خانوادگی پرستار تزریق کننده:

نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم:

تاریخ:

نام و نام خانوادگی پزشک معالج:امضاء و مهر نظام پزشکی:

تاریخ:

نام و نام خانوادگی پزشک ارشد هموویزلانس (یا جانشین):امضاء و مهر نظام پزشکی:

۱۰- دفتر هموویزلانس پایگاه انتقال خون

نام پایگاه انتقال خون بررسی کننده: تاریخ دریافت فرم گزارش واکنش از بیمارستان:
اعلام نظر توسط واحد هموویزلانس پایگاه انتقال خون: ۱- نوع واکنش: ۲- قابلیت استناد:
نام و نام خانوادگی پزشک هموویزلانس پایگاه انتقال خون:امضاء و مهر:

ضمیمه

* 1- FNHTR: Febrile Non Hemolytic Transfusion Reaction
* 2- TAD: Transfusion Associated Dyspnea
* 3- TRALI: Transfusion Related Acute Lung Injury
* 4- TACO: Transfusion Associated Circulatory Overload

* 5- PTP: Post Transfusion Purpura
* 6- TA-GVHD: Transfusion Associated- Graft Versus Host Disease
* 7- ACEI: Angiotensin Converting Enzyme Inhibitors

* میزان قابلیت استناد واکنش های ناشی از تزریق خون یا فرآورده:

(بدون ارتباط) Not Applicable
(احتمال اندک) Exclude یا Unlike
(ممکن) Possible
(محتمل) Probable
(قطعی) Certain
هنگامی که اطلاعات موجود برای استناد کافی نباشد یا بر اساس شواهد و مستندات، علائم مربوط به تزریق خون و فرآورده نباشد.
هنگامی که شواهد به نفع سایر علل قوی تر از شک به واکنش ناشی از تزریق خون و فرآورده باشد.
هنگامی که شواهد نتواند بین سایر علل ایجاد واکنش و یا واکنش ناشی از تزریق خون افتراق دهد.
هنگامی که شواهد واضحاً به نفع واکنش ناشی از تزریق خون یا فرآورده باشد.
هنگامی که شواهد قطعاً به نفع واکنش ناشی از تزریق خون یا فرآورده باشد.