

Nome / indirizzo dell'ospedale / della clinica

Ricezione Swissmedic  
(lasciare in bianco)

### Dati del paziente

Iniziali del paziente  
Nome      Cognome      Data di nascita      Sesso      se necessario, numero di riferimento interno

                  f  m  altro     

### Classificazione della reazione trasfusionale

#### Gravità

- Grado 1      non grave      *(nessun trattamento necessario / nessun danno permanente senza terapia)*
- Grado 2      grave / danno permanente      *(danno rilevante o persistente (incl. alloimmunizzazione); nuovo ricovero o ricovero prolungato in ospedale; terapia necessaria per prevenire un danno persistente)*
- Grado 3      pericolo di morte      *(possibile rischio di morte senza intervento medico rilevante, p.es.: intubazione, vasopressori, trasferimento in terapia intensiva)*
- Grado 4      decesso      *(il grado 4 dovrebbe essere usato solo se sussiste almeno la «possibilità» di un nesso causale con la trasfusione (ossia non in caso di correlazione puramente temporale); in caso contrario: definire il grado in base al tipo di RT)*

#### Tipo di reazione trasfusionale

- RTFNE (RT febbrile, non emolitica)       TAD (*dispnea associata a trasfusione*)
- Reazione allergica       Reazione trasfusionale ipotensiva
- lieve*       *anafilattoide*       *anafilattica*       Porpora post-trasfusionale (*PPT*)
- Reazione trasfusionale emolitica acuta       GvHD associata a trasfusione
- Reazione trasfusionale emolitica ritardata       Emosiderosi
- Infezione associata alla trasfusione (*TTI*)       Alloimmunizzazione
- batterica*       *virale*       *parassitaria*       Altro:
- fungina*       *prioni*
- TACO (*ipervolemia associata a trasfusione*)
- TRALI (*insufficienza respiratoria acuta associata a trasfusione*)

Per maggiori informazioni sulle diverse RT consultare il documento «Classificazione accertamento reazioni trasfusionali»  
Tra le altre cose:

RTFNE      : febbre > 38°C e aumento della temperatura ≥ 1°C e/o brividi

RTE acuta      : entro 24 ore

RTE ritardata      : 24 h – 28 giorni

Reazione trasfusionale ipotensiva      : calo pressione sistolica > 30 mmHg e pressione sistolica < 80 mmHg

#### Causalità (relazione con la trasfusione)

- 0 non valutabile
- 1 improbabile      *La reazione è sicuramente / probabilmente spiegabile con altre cause*
- 2 possibile      *La reazione è spiegabile sia con la trasfusione che con altre cause*
- 3 probabile      *La reazione non appare spiegabile con nessun'altra causa*
- 4 certa      *La reazione è stata con tutta probabilità causata dalla trasfusione*

Nome       Cognome       Data di nascita

**Reazione trasfusionale**

**Momento della reazione trasfusionale**      **Data:**       **Ora:**

Trasfusione durante un'anestesia generale  sì       no

**Emoderivati somministrati (se necessario, allegare elenco separato)**

Numero emoderivato	Tipo di emoderivato	Data	Da (ora)	A (ora)	Quantità
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Parametri vitali**

	Temperatura °C	Pressione mmHg	Polso	Saturazione O2 %
prima della trasfusione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
durante la reazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Sintomi**

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Febbre                             | <input type="checkbox"/> Emorragie profuse    | <input type="checkbox"/> Orticaria / Esantema                     |
| <input type="checkbox"/> Brividi                            | <input type="checkbox"/> Dispnea              | <input type="checkbox"/> Prurito                                  |
| <input type="checkbox"/> Nausea / Vomito                    | <input type="checkbox"/> Dolori precordiali   | <input type="checkbox"/> Angioedema                               |
| <input type="checkbox"/> Dolori ai fianchi / Mal di schiena | <input type="checkbox"/> Ipossia              | <input type="checkbox"/> Edema labbra / lingua / periorbitale     |
| <input type="checkbox"/> Dolori addominali                  | <input type="checkbox"/> Edema polmonare      | <input type="checkbox"/> Stridore / Spasmo polmonare              |
| <input type="checkbox"/> Emoglobinuria                      | <input type="checkbox"/> Perdita di coscienza | <input type="checkbox"/> Porpora (> 5 giorni dopo la trasfusione) |
| <input type="checkbox"/> Oliguria / Anuria                  | <input type="checkbox"/> Collasso             | <input type="checkbox"/> Altri sintomi:                           |
| <input type="checkbox"/> Ittero                             | <input type="checkbox"/> Shock                | <input type="checkbox"/>  |

**Informazioni supplementari concernenti la reazione, decorso (se necessario, allegare un foglio aggiuntivo)**

Nome       Cognome       Data di nascita

**Dati clinici:**
**Diagnosi principale:** 
Reparto  
Indicazione trasfusionale  Anemia / Trombocitopenia cronica

 Chemioterapia  Altro: 
 Sanguinamento      Se sì:  
Terapia della reazione trasfusionale  Nessuna  Steroidi

 Antistaminici  Somministrazione di ossigeno  Diuretici

 Vasopressori  Altro: 
Immunosoppressione  
Precedenti reazioni trasfusionali  non noto  no

 sì, quale: 
 premedicazione eseguita con: 
 se necessario, numero di riferimento Swissmedic: 
**Esami complementari**
*n.e. = non eseguiti*
**Esami ematologici**
 Copia dei risultati allegata

	Prima della trasfusione	Dopo la trasfusione	Data	
Hb (g/l)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> n.e.
Trombociti (10 <sup>9</sup> /l)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> n.e.

**Esami immunoematologici**
 Copia dei risultati allegata

	Prima della trasfusione	Dopo la trasfusione	
Gruppo sanguigno paziente <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> n.e.
Gruppo sanguigno emoderivato <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> n.e.
DAT <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> n.e.
Ricerca AC <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> n.e.
Test di compatibilità <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> n.e.

<sup>1</sup> Si prega di allegare una copia dei risultati se questi sono irregolari (esiti discordanti)

**In caso di aumento della temperatura  $\geq 1^\circ\text{C}$  e temperatura  $> 38^\circ\text{C}$** 
 Copia dei risultati allegata

Infezione preesistente	<input type="checkbox"/>	Tipo: <input type="checkbox"/>	
Emocolture paziente	<input type="checkbox"/>	Agente patogeno: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> n.e.
Emocolture emoderivato	<input type="checkbox"/>	Agente patogeno: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> n.e.

**In caso di sospetta emolisi**
 Copia dei risultati allegata

	Prima della trasfusione	Dopo la trasfusione	Data (dopo)	
Aptoglobina (g/l)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> n.e.
Bilirubina ( $\mu\text{mol/l}$ )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> n.e.
LDH (U/l)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> n.e.
Comparsa di una insufficienza renale acuta in seguito a trasfusione		<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no		
Emoglobinuria		<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no		





