

Notifica Reazione Trasfusionale

Nome / indirizzo dell'ospedale / della clinica

Ricezione Swissmedic
(lasciare in bianco)

Dati del paziente

Initiales du patient				se necessario,
Nome	Cognome	Data di nascita	Sesso	numero di riferimento interno
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> f <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> altro	

Classificazione della reazione trasfusionale

Gravità

- | | | | |
|--------------------------|---------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Grado 1 | non grave | <i>(nessun trattamento necessario / nessun danno permanente senza terapia)</i> |
| <input type="checkbox"/> | Grado 2 | grave / danno permanente | <i>(danno rilevante o persistente (incl. alloimmunizzazione); nuovo ricovero o ricovero prolungato in ospedale; terapia necessaria per prevenire un danno persistente)</i> |
| <input type="checkbox"/> | Grado 3 | pericolo di morte | <i>(possibile rischio di morte senza intervento medico rilevante, p.es.: intubazione, vasopressori, trasferimento in terapia intensiva)</i> |
| <input type="checkbox"/> | Grado 4 | decesso | <i>(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)</i> |

Tipo di reazione trasfusionale

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

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

RTFNE	: febbre > 38°C <u>e</u> aumento della temperatura ≥ 1°C <u>e/o</u> brividi
RTE acuta	: entro 24 ore
RTE ritardata	: 24 h –28 giorni
Reazione trasfusionale ipotensiva	: calo pressione sistolica > 30 mmHg <u>e</u> pressione sistolica < 80 mmHg

Causalità (relazione con la trasfusione)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 0 non valutabile | |
| <input type="checkbox"/> 1 improbabile | <i>La reazione è sicuramente / probabilmente spiegabile con altre cause</i> |
| <input type="checkbox"/> 2 possibile | <i>La reazione è spiegabile sia con la trasfusione che con altre cause</i> |
| <input type="checkbox"/> 3 probabile | <i>La reazione non appare spiegabile con nessun'altra causa</i> |
| <input type="checkbox"/> 4 certa | <i>La reazione è stata con tutta probabilità causata dalla trasfusione</i> |

Notifica Reazione Trasfusionale

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"/>					

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)

Notifica Reazione Trasfusionale

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 ⁹ /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 ¹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> n.e.
Gruppo sanguigno emoderivato ¹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> n.e.
DAT ¹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> n.e.
Ricerca AC ¹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> n.e.
Test di compatibilità ¹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> n.e.

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

In caso di aumento della temperatura ≥1°C e temperatura >38°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"/>	<input type="checkbox"/> n.e.
Emocolture emoderivato	<input type="checkbox"/>	Agente patogeno:	<input type="checkbox"/>	<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 (μmol/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"/>	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no		
Emoglobinuria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no		

In caso di reazione allergica

Copia dei risultati allegata

IgA (g/l)	<input type="checkbox"/>	(prelievo pretrasfusionale o almeno 7 giorni dopo la trasfusione)			<input type="checkbox"/> n.e.
Allergie preesistenti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> non noto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> sì, quale:	<input type="checkbox"/>				

Notifica Reazione Trasfusionale

Nome Cognome Data di nascita

In caso di sintomi cardiopolmonari

Congestione cardiopolmonare (*valutazione clinica*) sì no non noto
 Ipervolemia (*valutazione clinica / bilancio idrico / aumento di peso*) sì no non noto
 Miglioramento del quadro clinico dopo la terapia diuretica sì no non pertinente
 Altre cause del peggioramento respiratorio sì no

Se sì, quale:

Diagnostica per immagini (p.es. radiografia del torace, TC torace): Copia dei risultati allegata n.e.

Congestione cardiopolmonare sì no

Infiltrati bilaterali sì no

BNP / NT-proBNP dopo l'RT: Data n.e.

prima dell'RT: Data n.e.

Altro (p.es. ETT):

In caso di sospetta TRALI

Ricerca di anticorpi specifici anti-HNA e anti-HLA Copia dei risultati allegata n.e.

Altri risultati:

In casi particolari: misure previste se il paziente ha di nuovo bisogno di trasfusioni di emocomponenti

Responsabile dell'emovigilanza

Data

Firma

Il servizio trasfusionale deve essere informato in ogni caso. Se si sospetta una TRALI o TTI occorre informare immediatamente il fabbricante.

Il servizio trasfusionale di competenza è stato informato il:

Servizio trasfusionale di competenza:

Interpretazione / osservazioni del servizio trasfusionale (fabbricante)

Cognome

Data

Firma

La notifica è da inviare a:

e-mail: haemovigilance@swissmedic.ch oppure haemovigilance.swissmedic@hin.ch

per posta: Swissmedic, Istituto svizzero per gli agenti terapeutici
 Ispettorati e autorizzazioni / Inspection Management and Blood Surveillance
 Hallerstrasse 7, 3012 Berna

Notifica Reazione Trasfusionale

Notifica Reazione Trasfusionale