



**Zgłoszenia przypadków podejrzanych o TRALI
Ostra niewydolność oddechowa w trakcie lub po przetoczeniu
(zwykle do 6 godz.)**

.....
Pieczętka szpitala

tel.: fax:

.....
Oddział

Chory: Nazwisko i imię

Data urodzenia

Adres prywatny chorego

..... Tel. pacjenta

Rozpoznanie:

.....
Czy chory otrzymał w przeszłości przetoczenia: tak nie; ile (ok.); liczba ciąż

Przetoczenia (liczba i rodzaj preparatu) w ciągu ostatnich 6 godzin przed dusznością:

numer preparatu (z pojemnika).....

data pobrania krwi od dawcy (z pojemnika)

rodzaj preparatu:

koncentrat krwinek czerwonych

koncentrat krwinek czerwonych filtrowany

płytki zlewane

płytki z separatora

osocze mrożone

immunoglobulina doż.

Data/godzina odczynu

objawy wystąpiły min./godz. po przetoczeniu

Czy przerwano ostatnie przetoczenie: tak nie i po ilu mililitrach

Objawy kliniczne:

duszności: tak nie

czy choremu podano tlen: tak nie

czy była intubacja/mechaniczna wentylacja: tak nie

RR, Tętno

dreszcze: tak nie

gorączka: tak nie - jaka temperatura

zmiany osłuchowe w płucach: tak nie - jakie:

.....
Ciśnienie parcjalne O₂

PCWP (ciśnienie zaklinowania w tętnicy płucnej)

Rtg płuc (konieczny w dniu odczynu): data, wynik

.....
Kontrola Rtg płuc po kilku dniach: data, wynik

.....
Czy miał poprzednio odczynny poprzetoczeniowe: tak nie - jakie:

.....
Czy można podejrzewać obrzęk płuc krążeniowy: tak nie

Czy chory wymagał pobytu w Oddziale Intensywnej Terapii: tak nie

Po jakim czasie ustąpiła duszność

Czy jest wynik badania przeciwciał leukocytarnych: tak nie – data

wynik

.....
(pieczętka i podpis lekarza)