



Hospital de Emergencias
VILLA EL SALVADOR

BANCO DE SANGRE TIPO II

REPORTE DE REACCIÓN ADVERSA TRANSFUSIONAL

Código

BS-EG07-FR02

Versión

V02

Fecha

1/02/2022

Página

01 de 01

INDICACIONES GENERALES FRENTE A UNA REACCIÓN TRANSFUSIONAL

1. SUSPENDER LA TRANSFUSIÓN. Notifique de inmediato al médico tratante.
2. Verificar la identidad del PACIENTE, que correlacione con la hoja de conducción y datos del HEMOCOMPONENTE.
3. Completar este formato de Investigación de Reacciones Transfusionales.
4. El formato DEBERÁ SER FIRMADO POR EL MÉDICO QUE ATIENDE LA REACCIÓN TRANSFUSIONAL.
5. Comunicar al Banco de Sangre la reacción transfusional. Devolver el hemocomponente al Banco de Sangre, sin retirar el equipo de transfusión, con una copia del formato de Reporte de Reacción Transfusional. Dependiendo de la reacción transfusional se solicitará una muestra de sangre del paciente.
6. Colectar la primera orina que emita el paciente. Enviar al laboratorio con el rótulo de "Reacción Transfusional".

Llenado por Enfermería, revisado y firmado por el médico responsable de la transfusión

Apellidos y Nombres:

DNI:

HC:

Servicio:

Cama:

N° Unidad de Hemocomponente:

(Marca "X")

☐

Paquete Globular

☐

Crioprecipitado

☐

Otro:

☐

Plasma Fresco Congelado

☐

Plaquetas

Fecha:

/ /

Hora de Inicio de Transfusión: (am/pm)

Cantidad transfundida mL

Hora de Suspensión de Transfusión: (am/pm) (am/pm)

Premedicación previa a Transfusión:

Hora de Notificación al Médico: (am/pm) (am/pm)

Hora de Notificación al Banco de Sangre: (am/pm) (am/pm)

Hora de Recolección de la Orina: (am/pm) (am/pm)

Infusión de Hemocomponente:

Vía específica para la infusión

Vía utilizada para administrar otra medicación

Especificar:

Signos y Síntomas Clínicos

Fiebre (To):

Pre:

Post:

Frecuencia de Pulso:

Pre:

Post:

Presión Arterial:

Pre:

Post:

Frecuencia respiratoria:

Pre:

Post:

☐

Cefalea

☐

Escalofríos

☐

Dolor torácico

☐

Otros (Especifique)

☐

Prurito

☐

Cianosis

☐

Dolor lumbar

☐

Náuseas

☐

Hemoglobinuria

☐

Edema Fascial

Paciente se encuentra en:

☐

Sepsis

☐

CID

☐

Quimioterapia

☐

Tratamiento ATB

☐

Metildopa

☐

Otros:

Enfermería (Firma y Sello)

Médico (Firma y Sello)

Llenado por el Médico del Banco de Sangre:

El Banco de Sangre deberá ser notificado en los casos de:

*Errores clericales o errores técnicos que provoquen reacción transfusional en el paciente.

*Hemólisis o Test de Coombs Directo Positivo en las muestras Post Transfusional en el paciente.

Notificación:

Fecha: / /

Hora: : Hrs

Estudios adicionales

☐

Bilirrubina 5 - 7 hrs. Post-transfusión

☐

Examen de orina

☐

Perfil de Coagulación

☐

Hemocultivo

☐

Hemograma

☐

Otros:

RESUMEN

☐

Reacción Hemolítica inmediata

☐

Sobrecarga circulatoria

☐

Anafilaxis

☐

Reacción Hemolítica tardía

☐

Contaminación Bacteriana

☐

Fiebre

☐

Reacción Hemolítica no Inmune

☐

Alergia - Urticaria

☐

Otro:

☐

Hepatitis post-transfusional

☐

Transfusión asociada a Enfermedad Transmisible

Reporte y Recomendaciones del Médico del Servicio de Medicina Transfusional o Banco de Sangre

Fecha: / /

Hora: : Hrs

Médico (Firma y Sello)

Original: Banco de Sangre

Copia: Historia Clínica