

I. IDENTIFICACIÓN DE LA INSTITUCIÓN

RAZÓN SOCIAL	DIRECCIÓN:
	CIUDAD: DEPARTAMENTO:
TELÉFONOS	SERVICIO HOSPITALARIO EN DONDE SE REPORTA EL CASO

2. DATOS DEL DILIGENCIAMIENTO

REPORTE REALIZADO POR	CARGO	FECHA DEL REPORTE		
		DD	MM	AAAA

3. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

NOMBRES				APELLIDOS			
SEXO		FECHA DE NACIMIENTO			EDAD		NÚMERO HISTORIA CLÍNICA
FEMENINO	MASCULINO	DD	MM	AAAA	AÑOS	MESES	
TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN						NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	
<input type="checkbox"/> Registro <input type="checkbox"/> T. de Id <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> C Extranjería <input type="checkbox"/> Pasaporte							
TIPO DE REGIMEN EN SALUD						NOMBRE ADMINISTRADORA DE SERVICIOS EN SALUD	
<input type="checkbox"/> Contributivo <input type="checkbox"/> Subsidiado <input type="checkbox"/> Excepción <input type="checkbox"/> Especial <input type="checkbox"/> No afiliado							
DIRECCIÓN RESIDENCIA				DEPARTAMENTO		CIUDAD	TELÉFONOS

4. DATOS DE LA HISTORIA CLÍNICA

ANTECEDENTES TRANSFUSIONALES:		<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	FECHA ÚLTIMO ANTECEDENTE TRANSFUSIONAL		DD	MM	AAAA	
Diagnóstico del antecedente Transfusional			Componente(s) Transfundido(s)					
ANTECEDENTES DE REACCIONES ADVERSAS TRANSFUSIONALES			<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	FECHA		DD	MM	AAAA
Tipo de reacción transfusional (de acuerdo con la clasificación del protocolo)								
ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS (Gestacion, Partos, Abortos)				ANTECEDENTES PATOLÓGICOS:				
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL (CIE 10)		OTROS DIAGNÓSTICOS (CIE 10)			GRUPO SANGUÍNEO (ABO, Rh)			
MEDICACIÓN PREVIA A LA TRANSFUSIÓN				MOTIVO POR EL CUAL SE REALIZA LA TRANSFUSIÓN				
		VALOR Hb	VALOR INR	RECUENTO PLAQUETAS				

5. INCIDENTES SIN EFECTO

<input type="checkbox"/> Error humano	<input type="checkbox"/> Falla de equipo	MOMENTO DE LA OCURRENCIA:			<input type="checkbox"/> Diurno	<input type="checkbox"/> Nocturno	<input type="checkbox"/> Fin de semana
5.1. CLASIFICACIÓN EN FUNCIÓN DEL ESLABÓN DE LA CADENA EN QUE SE DETECTÓ							
<input type="checkbox"/> Prescripción	<input type="checkbox"/> Identificación del Paciente	<input type="checkbox"/> Disponibilidad de Componentes	<input type="checkbox"/> Procesos en Banco de Sangre				
<input type="checkbox"/> Procesos Laboratorio	<input type="checkbox"/> Sin clasificar						

6. ERROR EN LA ADMINISTRACIÓN DEL COMPONENTE SANGUINEO

Error humano Falla de equipo MOMENTO DE LA OCURRENCIA: Diurno Nocturno Fin de semana

6.1. CLASIFICACIÓN EN FUNCIÓN DEL TIPO DE ERROR

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Paciente Incorrecto | <input type="checkbox"/> Incompatibilidad Rh-D |
| <input type="checkbox"/> Tipo de Componente Inadecuado | <input type="checkbox"/> Incompatibilidad Otros Sistemas Sanguineos |
| <input type="checkbox"/> Volumen de Componente Inadecuado | <input type="checkbox"/> Error en la Administración de Gamaglobulina Anti-D |
| <input type="checkbox"/> Incompatibilidad ABO | <input type="checkbox"/> Otros |

6.2. NIVEL EN QUE SE PRODUJO

- | | | | |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Prescripción | <input type="checkbox"/> Identificación del Paciente | <input type="checkbox"/> Disponibilidad de Componentes | <input type="checkbox"/> Procesos en Banco de Sangre |
| <input type="checkbox"/> Procesos Laboratorio | <input type="checkbox"/> Sin clasificar | | |

7. REACCIÓN ADVERSA A LA TRANSFUSIÓN

Momento de presentación de la reacción: <input type="checkbox"/> Durante la transfusión <input type="checkbox"/> Postransfusión	Fecha de la transfusión: <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr><td style="width: 20px;">DD</td><td style="width: 20px;">MM</td><td style="width: 20px;">AAAA</td></tr> </table>	DD	MM	AAAA	Hora de inicio transfusión: _____			
DD	MM	AAAA						
<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr><td style="width: 20px;">HORAS</td><td style="width: 20px;">DÍAS</td><td style="width: 20px;">MESES</td></tr> </table>	HORAS	DÍAS	MESES	Fecha inicio de la reacción <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr><td style="width: 20px;">DD</td><td style="width: 20px;">MM</td><td style="width: 20px;">AAAA</td></tr> </table>	DD	MM	AAAA	Hora de inicio reacción _____
HORAS	DÍAS	MESES						
DD	MM	AAAA						

8. SIGNOS Y SINTOMAS CLÍNICOS DE LA RAT

SIGNOS VITALES	PRETRANSFUSIÓN	POSTRANSFUSIÓN	SIGNOS VITALES	PRETRANSFUSIÓN	POSTRANSFUSIÓN
Temperatura (°C)	_____	_____	Frecuencia cardiaca (latidos/minuto)	_____	_____
Presión arterial (mm/Hg)	_____	_____	Frecuencia respiratoria (respiraciones/minuto)	_____	_____
Estado General: (orden alfabético)					
<input type="checkbox"/> Ansiedad	<input type="checkbox"/> Convulsiones	<input type="checkbox"/> Edema Pulmonar	<input type="checkbox"/> Hipertensión	<input type="checkbox"/> Ortopnea	<input type="checkbox"/> Somnolencia
<input type="checkbox"/> Arritmias Cardiacas	<input type="checkbox"/> Delirio	<input type="checkbox"/> Eritema	<input type="checkbox"/> Hipotensión	<input type="checkbox"/> Palidez	<input type="checkbox"/> Sudoración
<input type="checkbox"/> Broncoespasmo	<input type="checkbox"/> Diarrea	<input type="checkbox"/> Eritrodermia	<input type="checkbox"/> Hipoxemia	<input type="checkbox"/> Parestesias	<input type="checkbox"/> Taquicardia
<input type="checkbox"/> Cefalea	<input type="checkbox"/> Disnea	<input type="checkbox"/> Escalofrío	<input type="checkbox"/> Ictericia	<input type="checkbox"/> Petequias	<input type="checkbox"/> Temblor
<input type="checkbox"/> Choque	<input type="checkbox"/> Dolor en sitio infusión	<input type="checkbox"/> Estupor	<input type="checkbox"/> Malestar	<input type="checkbox"/> Polipnea	<input type="checkbox"/> Tetania
<input type="checkbox"/> Cianosis	<input type="checkbox"/> Dolor Lumbar	<input type="checkbox"/> Fiebre	<input type="checkbox"/> Mareo	<input type="checkbox"/> Prurito	<input type="checkbox"/> Tos
<input type="checkbox"/> Coma	<input type="checkbox"/> Dolor Torácico	<input type="checkbox"/> Hemorragia	<input type="checkbox"/> Nauseas/Vomito	<input type="checkbox"/> Púrpura	<input type="checkbox"/> Urticaria
<input type="checkbox"/> Confusión	<input type="checkbox"/> Edema	<input type="checkbox"/> Hemoglobinuria	<input type="checkbox"/> Oliguria/Anuria	<input type="checkbox"/> Rubor	

9. INFORMACIÓN DEL COMPONENTE SANGUINEO RELACIONADO CON LA RAT

COMPONENTE SANGUINEO TRANSFUNDIDO (S) (Si el espacio resulta insuficiente anexe información)

Sangre completa Eritrocitos Plaquetas Plasma fresco congelado Plasma Congelado Crioprecipitados

Indicado por: (escribir la especialidad médica) _____

Componente Sanguineo modificado*	Banco de sangre distribuidor	Grupo sanguíneo Factor RH	Identificación de la unidad	Fecha de vencimiento	ml Administrados hasta inicio de RAT	Duración de la transfusión
_____	_____	_____	_____	DD MM AAAA	_____	_____
_____	_____	_____	_____	DD MM AAAA	_____	_____
_____	_____	_____	_____	DD MM AAAA	_____	_____
_____	_____	_____	_____	DD MM AAAA	_____	_____
_____	_____	_____	_____	DD MM AAAA	_____	_____
_____	_____	_____	_____	DD MM AAAA	_____	_____

*SI: leucorreducido, irradiado, rejuvenecido, lavado, congelado desglucerinizado

10. MANEJO MÉDICO DE LA RAT

- | | | | | |
|--|--|--|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ninguna | <input type="checkbox"/> Suplencia de O ₂ | <input type="checkbox"/> Analgésicos | <input type="checkbox"/> Gases arteriales | <input type="checkbox"/> Vasopresores |
| <input type="checkbox"/> Interrupción Temporal Transfusión | <input type="checkbox"/> Broncodilatadores | <input type="checkbox"/> Antipiréticos | <input type="checkbox"/> Electrolitos | <input type="checkbox"/> Adrenalina |
| <input type="checkbox"/> Interrupción Definitiva | <input type="checkbox"/> Otros Líquidos endovenosos | <input type="checkbox"/> Diuréticos | <input type="checkbox"/> Esteroides | <input type="checkbox"/> Dopamina |
| <input type="checkbox"/> Antihistamínicos | <input type="checkbox"/> Dobutamina | <input type="checkbox"/> Traslado a Unidad de Cuidados Intensivo | | |
| <input type="checkbox"/> Solución Salina | <input type="checkbox"/> Otro: _____ | | | |

Interpretación Radiografía: _____

Interpretación Electrocardiograma: _____

11. DATOS DE LABORATORIO

PRUEBA	PRE TRANSFUSION	POS TRANSFUSION
Hemoclasificación del receptor	_____	_____
Hemoclasificación de la unidad	_____	_____
Cuadro Hemático	_____	_____
Transaminasas	_____	_____
Parcial de Orina	_____	_____
Prueba cruzada	_____	_____
Coombs Directo	_____	_____
Rastreo Anticuerpos irregulares	_____	_____
Anti HLA	_____	_____
Anti HNA	_____ mg/dL	_____ mg/dL
Hemoglobinuria	_____ mg/dL	_____ mg/dL
Creatinina del paciente	_____ mg/dL	_____ mg/dL
Bilirrubinas del paciente	_____ mg/dL	_____ mg/dL
LDH del paciente	_____ UIL	_____ UIL
Hemoglobina plasmática	_____	_____ %
Haptoglobina	_____	_____ mg/dL o kDa
Déficit de IgA	_____	_____ mg/dL
Anticuerpos Anti IgA	_____	_____
Resultados Cultivo microbiológico de la unidad. Número Unidad: _____, Tinción de Gram: _____		
Hemocultivo de muestra del paciente pos transfusión _____		
Marcadores víricos del paciente pos transfusión (cuando se sospecha una ITT) _____		
Observaciones _____		

12. CLASIFICACIÓN PRELIMINAR DE LA SEVERIDAD DE LA RAT

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> LEVE (morbilidad limitada a corto o largo plazo) | <input type="checkbox"/> MUERTE |
| <input type="checkbox"/> MODERADA (morbilidad a largo plazo) | <input type="checkbox"/> NO DETERMINADA (especificar causas por las que no se determinó) |
| <input type="checkbox"/> SEVERA (morbilidad inmediata que arriesga vida del paciente) | |

NOMBRE MÉDICO RESPONSABLE

REGISTRO MÉDICO

FIRMA

A partir del numeral 13 el cuestionario será diligenciado en el marco del Comité de Transfusión Sanguínea

13. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN Y CONCLUSIONES

13.1. DEFINICIÓN DE CASO

I. REACCIONES TRANSFUSIONALES AGUDAS NO INFECCIOSAS

- | | | | |
|---|---------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> Hemólisis no inmune | <input type="checkbox"/> TRALI | <input type="checkbox"/> Sobrecarga circulatoria | <input type="checkbox"/> Toxicidad por citrato (hipocalcemia) |
| <input type="checkbox"/> Hipotensión | <input type="checkbox"/> Hipertensión | <input type="checkbox"/> Hipotermia | <input type="checkbox"/> Trastornos del potasio y del equilibrio ácido base |
| <input type="checkbox"/> Reacciones hemolíticas agudas: Producto incorrecto: SI____, NO____ | | | <input type="checkbox"/> Reacción febril no hemolítica |
| <input type="checkbox"/> Reacción alérgica: Urticaria ____ Severa/anafiláctica/anafilactoide ____ | | | |

II. REACCIONES TRANSFUSIONALES TARDÍAS NO INFECCIOSAS

- Reacción hemolítica tardía Púrpura postransfusional Enfermedad injerto contra huésped Inmunomodulación Sobrecarga de hierro

III. INFECCIONES TRANSMITIDAS POR LA TRANSFUSIÓN

- Infección viral (especificar): _____ Infección bacteriana (especificar): _____ Otras infecciones (especificar): _____

13.2. SEVERIDAD DE LA RAT

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> LEVE (morbilidad limitada a corto o largo plazo) | <input type="checkbox"/> MUERTE |
| <input type="checkbox"/> MODERADA (morbilidad a largo plazo) | <input type="checkbox"/> NO DETERMINADA (especificar causas por las que no se determinó) |

13.3. IMPUTABILIDAD

- GRADO 0: EXCLUIDA (la evidencia permite descartar a la transfusión como causa de la reacción adversa)
- GRADO 1: POSIBLE (la evidencia no permite establecer a la transfusión como causa de la reacción adversa; podría explicarse por causas diferentes)
- GRADO 2: PROBABLE (la evidencia claramente está a favor de atribuir la causa de la reacción adversa con la administración del producto sanguíneo)
- GRADO 3: DEFINITIVA (la evidencia es concluyente para atribuir a la transfusión como causa de la reacción adversa)
- NO EVALUABLE (no existen datos suficientes para determinar que la reacción adversa; está relacionada con la administración del producto sanguíneo)

13.4. LOCALIZACIÓN DE LA POSIBLE CAUSA DE LA RAT DENTRO DE LA CADENA TRANSFUSIONAL

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Selección del donante | <input type="checkbox"/> Procesamiento de los hemocomponentes | <input type="checkbox"/> Distribución y transporte de los hemocomponentes |
| <input type="checkbox"/> Recolección de la unidad | <input type="checkbox"/> Almacenamiento de los hemocomponentes | <input type="checkbox"/> Transfusión del producto |
| <input type="checkbox"/> Identificación de la unidad y el receptor | | |

14. ESTATUS DE LA INVESTIGACIÓN

- CONCLUIDA (el caso se ha cerrado tras realizar la investigación y llegar a las conclusiones respectivas)
- NO PUDO SER REALIZADA (anotar los motivos por los cuales aún no se ha concluido la investigación)

15. PLAN DE MEJORAMIENTO EN LA CADENA TRANSFUSIONAL *

QUE (Acción a realizar)	COMO (Actividades a realizar)	DONDE (Lugar donde se ejecuta el mejoramiento)	CUANDO (Fecha realización actividades)			QUIEN (Responsable)	PORQUE (Justificación)
			DD	MM	AAAA		

* De obligatorio diligenciamiento para eventos moderados, severos y muerte.

16. OBSERVACIONES

DD	MM	AAAA		
Fecha realización del Comité			Nombre del Responsable del Comité	Firma y Sello del Responsable del Comité