



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ, D.C.

Secretaría
Salud

RED DISTRITAL DE BANCOS DE SANGRE Y SERVICIOS DE TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA PROGRAMA DE HEMOVIGILANCIA



RED SANGRE BOGOTÁ D.C.

FORMATO PARA EL REPORTE DE LAS REACCIONES ADVERSAS A LA DONACION DE SANGRE TOTAL O POR AFÉRESIS

1. IDENTIFICACIÓN DEL BANCO DE SANGRE

a. NOMBRE BANCO DE SANGRE _____ b. CODIGO NACIONAL _____

2. TIPO DE DONACION

a. SANGRE TOTAL b. AFERESIS Componente Obtenido por Aféresis _____

d. FECHA DE LA DONACIÓN: Día _____ Mes _____ Año _____ e. HORA INICIO DE LA DONACIÓN: _____ a.m. p.m.

f. LUGAR DE LA DONACIÓN: Intramural Extramural

3. IDENTIFICACIÓN DEL DONANTE

a. NOMBRES Y APELLIDOS _____ b. EDAD (años): _____ c. SEXO: Masculino Femenino

d. HEMOGLOBINA _____ g/dL e. HEMATOCRITO _____ % f. PESO _____ Kg. g. TENSIÓN ARTERIAL _____ mmHg

h. TIPO DE DONANTE: Autólogo Voluntario primera vez Voluntario repetitivo
 Dirigido específico Dador por reposición Voluntario no repetitivo

i. TELÉFONOS: _____

4. IDENTIFICACION DE LA REACCION ADVERSA A LA DONACION (RAD)

a. FECHA DE LA REACCIÓN: Día _____ Mes _____ Año _____ b. HORA DE INICIO DE LA REACCION: _____ a.m. p.m.

c. MOMENTO DE PRESENTACION DE LA REACCION: Durante la Donación Posterior a la Donación

b. ANTECEDENTES DE REACCIONES ADVERSAS A LA DONACIÓN: SI NO

5. CLASIFICACION DE LA GRAVEDAD DE LA RAD (de acuerdo a signos y síntomas presentados durante la reacción)

5.1 REACCIÓN VASOVAGAL

LEVE

- | | | | |
|--------------------------------------|---|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Palidez | <input type="checkbox"/> Debilidad | <input type="checkbox"/> Sudoración | <input type="checkbox"/> Náuseas |
| <input type="checkbox"/> Vómito | <input type="checkbox"/> Somnolencia | <input type="checkbox"/> Vértigo | <input type="checkbox"/> Visión borrosa |
| <input type="checkbox"/> Parestesias | <input type="checkbox"/> Cefalea | <input type="checkbox"/> Cianosis | <input type="checkbox"/> Escalofrío |
| <input type="checkbox"/> Taquipnea | <input type="checkbox"/> Descenso de la tensión arterial media (menor a 15 mm Hg) | | |

MODERADA: (uno o más signos o síntomas de reacción leve más uno o varios de los siguientes)

- | | | |
|--------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Rigidez | <input type="checkbox"/> Temblor | <input type="checkbox"/> Cefalea intensa |
| <input type="checkbox"/> Disnea | <input type="checkbox"/> Pérdida de conciencia (menos de 30 segundos) | |
| <input type="checkbox"/> Taquicardia | <input type="checkbox"/> Descenso de la tensión arterial media (menor a 30 mm Hg) | |

SEVERA: (uno o más signos o síntomas de reacción leve o moderada más uno o varios de los siguientes)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Convulsiones | <input type="checkbox"/> Pérdida de conciencia (mayor de 30 segundos) |
| <input type="checkbox"/> Relajación de esfínteres | <input type="checkbox"/> Descenso de la tensión arterial media (mayor a 30 mm Hg) |
| <input type="checkbox"/> Dolor precordial | <input type="checkbox"/> Traumatismo por caída secundaria a pérdida de la conciencia |

OTROS SIGNOS O SINTOMAS: _____

5.2 REACCIÓN POR VENOPUNCION

LEVE:

- Hematoma circunscrito al sitio de punción (diámetro menor 1 cm)
- Inflamación circunscrita al sitio de punción

MODERADA: (uno o más signos o síntomas de reacción leve más uno o varios de los siguientes)

- Dermatitis
- Hematoma con diámetro superior a 1 cm
- Inflamación extendida más allá de la fosa anticubital

SEVERA: (uno o más signos o síntomas de reacción moderada más uno o varios de los siguientes)

- | | | |
|---|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Punción arterial | <input type="checkbox"/> Celulitis | <input type="checkbox"/> Síndrome compartimental |
| <input type="checkbox"/> Lesión nerviosa | <input type="checkbox"/> Causalgia | <input type="checkbox"/> Fístula arterio-venosa |

Otros signos o síntomas: _____

5.3 REACCIÓN DE TOXICIDAD POR CITRATO (AFÉRESIS):

LEVE:

- Parestesias peribucales o acras Fatiga Ansiedad

MODERADA: (uno o más signos o síntomas de reacción leve más uno o varios de los siguientes)

- Espasmos musculares
 Chvostek
 Trousseau

SEVERA: (uno o más signos o síntomas de reacción moderada más uno o varios de los siguientes)

- Tetania Arritmias cardíacas Convulsiones Broncoespasmo
 Laringoespasmo Hipotensión Falla cardíaca Prolongación QT

Otros signos o síntomas: _____

Resultados de Laboratorio:

- Calcio sérico ionizado _____ Magnesio sérico _____

5.4 RESUMEN CLASIFICACION DE SERVERIDAD DE LA RAD

- | | | | | |
|--------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|--------------------------------------|
| Reacciones Vasovágales: | <input type="checkbox"/> Leve | <input type="checkbox"/> Moderada | <input type="checkbox"/> Severa | <input type="checkbox"/> No presentó |
| Reacciones Venopunción: | <input type="checkbox"/> Leve | <input type="checkbox"/> Moderada | <input type="checkbox"/> Severa | <input type="checkbox"/> No presentó |
| Toxicidad por citrato: | <input type="checkbox"/> Leve | <input type="checkbox"/> Moderada | <input type="checkbox"/> Severa | <input type="checkbox"/> No presentó |

5.5 RESUMEN CLASIFICACION TEMPORALIDAD DE LA RAD

- Inmediata (durante la donación o entre las 2 horas siguientes) Tardía (2 horas después de la donación)

6. MANEJO MÉDICO Y EVOLUCION DE LA RAD

6.1 Procedimientos médicos y terapéuticos realizados: _____

6.2 El donante se remite a un servicio de salud? NO SI IPS/Servicio: _____

6.3. Signos y Síntomas

Durante la Reacción

Antes de salir del banco de sangre

- | | | |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| a. Presión arterial | _____ mm Hg | _____ mm Hg |
| b. Frecuencia cardíaca | _____ latidos/minuto | _____ latidos/minuto |
| c. Frecuencia respiratoria | _____ respiraciones/minuto | _____ respiraciones/minuto |
| d. Temperatura | _____ grados centígrados | _____ grados centígrados |

7. SEGUIMIENTO DEL DONANTE (comunicación telefónica o personal)

- | | | |
|--------|--------------------------|---|
| | Asintomático | Sintomático |
| Día 1 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ¿Cuáles? _____ |
| Día 7 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ¿Cuáles? _____ |
| Día 15 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ¿Cuáles? _____ |

8. ESTATUS DEL DONANTE PARA FUTURAS DONACIONES

- a. Apto b. Diferido temporal c. Diferido permanente d. Sin definir

Nombre profesional que valoró la RAD: _____

Firma _____ Registro Profesional: _____

