

PROTOKOL O NEŽÁDOUCÍ REAKCI NA TRANSFUZI				
Jméno a příjmení:				
Číslo pojištěnce:				
Indikace k transfuzi:		Pojišťovna		
Zdravotnické odd.:		Diagnóza:		
ANAMNESTICKÉ ÚDAJE				
Transfuze (počet):		Potransfuzní reakce: <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE		
Těhotenství – počet (včetně abortů):				
Imunní protilátky: <input type="checkbox"/> zjištěny <input type="checkbox"/> nejištěny		jaké:		
Aplikované transfuzní přípravky (uveďte všechny bezprostředně po sobě podané přípravky, které předcházely reakci)				
Číslo přípravku	Typ přípravku	Krevní skupina	Množství	Datum a čas aplikace
VÝSLEDKY VYŠETŘENÍ				
	Teplota	Krevní tlak	Tepová frekvence	Moč
Před transfuzí				
Po transfuzi				
SYMPTOMY A KLINICKÉ/BIOLOGICKÉ ZNÁMKY REAKCE				
Subjektivní příznaky		Objektivní příznaky		
<input type="checkbox"/> zimnice, třesavka <input type="checkbox"/> svědění kůže <input type="checkbox"/> dušnost <input type="checkbox"/> pocení <input type="checkbox"/> nauzea, zvracení <input type="checkbox"/> bolesti hlavy <input type="checkbox"/> bolesti zad <input type="checkbox"/> bolesti břicha, na hrudi <input type="checkbox"/> neklid, úzkost <input type="checkbox"/> jiné:		<input type="checkbox"/> kopřivka, vyrážka <input type="checkbox"/> angioedém <input type="checkbox"/> dyspnoe, bronchospasmus <input type="checkbox"/> bezvědomí <input type="checkbox"/> arytmie <input type="checkbox"/> cyanóza <input type="checkbox"/> šok <input type="checkbox"/> horečka (zvýšení teploty o >1 °C) <input type="checkbox"/> krvácivé komplikace <input type="checkbox"/> zrudnutí, erytém <input type="checkbox"/> ikterus <input type="checkbox"/> chraptění, sípaní, stidor <input type="checkbox"/> plicní infiltrát na RTG S+P <input type="checkbox"/> kašel <input type="checkbox"/> oligurie, anurie <input type="checkbox"/> renální selhání <input type="checkbox"/> ztráta vědomí <input type="checkbox"/> zástava srdce <input type="checkbox"/> jiné: <input type="checkbox"/> průjem		
Klinická pracovní diagnóza reakce				
<input type="checkbox"/> alergická <input type="checkbox"/> septická		<input type="checkbox"/> anafylaktická <input type="checkbox"/> jiné: <input type="checkbox"/> febrilní <input type="checkbox"/> hemolytická <input type="checkbox"/> plicní		
Stupeň reakce:		<input type="checkbox"/> lehká <input type="checkbox"/> těžká <input type="checkbox"/> exitus		
Průběh, léčba, příp. další info:				
Začátek NR:		Konec NR:		
Výskyt nežádoucí reakce: <input type="checkbox"/> opakující se <input type="checkbox"/> neopakující se <input type="checkbox"/> neznámo				
Datum a čas odběru potransfuzního vzorku pacienta:				
Datum + jmenovka + podpis lékaře			Razítko oddělení	