

N:o 258 / 1

Lomaketta käytetään myös lähetteenä
verensiirron haittavaikutusten tutkimukseen

ILMOITUS (788)

Verivalmisteen siirron aiheuttamasta
vakavasta haittavaikutuksesta ja väärän
verivalmisteen siirrosta

(terveydenhuollon toimintayksikkö)

Terveydenhuollon toimintayksikkö, osasto, puhelin ja faksi	
Terveydenhuollon toimintayksikön verikeskus, puhelin ja faksi	

Potilaan nimi	Hetu	Veriryhmä RhD
---------------	------	------------------

Diagnoosi	Verensiirron syy
-----------	------------------

Aikaisemmat verensiirtohoitot <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä, vuosi: _____ Todetut punasoluvasta-aineet

TIEDOT SIIRRETYISTÄ VERIVALMISTEISTA

Missä verivalmiste siirretty (leikkaussali, teho, vuodeosasto, muu)								
Siirretyt verivalmisteet oireita edeltävän 24 tunnin ajalta (tarvittaessa kopio verensiirto-lomakkeesta)								
Valmiste (ps, tr, jpl) No	Yksikkönumero	Sopivuuskoeletkun numero	Pvm	Siirron (klo)		Siirretty määrä (ml)	Reaktio	
				alku	loppu		Kyllä	Ei
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oireita mahdollisesti aiheuttanut lääkehoito (ajankohta oireisiin nähden)								

HAITTAVAIKUTUKSET

Oireiden alku (pvm ja kellonaika)			Oireiden loppu (pvm ja kellonaika)		
	Aika pvm, klo	Lämpö °C	Hapetus pO ₂ /oksimetria	RR mmHg	Pulssi/ min
Ennen siirtoa					
Oireiden aikana					

Oireet ja löydökset

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Sokki | <input type="checkbox"/> Pahoinvointi/oksennukset | <input type="checkbox"/> Rintakipu |
| <input type="checkbox"/> Ristiselkä-/vatsakipu | <input type="checkbox"/> Levottomuus | <input type="checkbox"/> Hengenahdistus |
| <input type="checkbox"/> Vilunväristykset | <input type="checkbox"/> Kutina | <input type="checkbox"/> Urtikaria |
| <input type="checkbox"/> Punainen plasma | <input type="checkbox"/> Punainen virtsa | <input type="checkbox"/> Muu, mikä: |

CRP ennen siirtoa (pvm ja tulos)

CRP jälkeen siirron (pvm ja tulos)

Hoito

- | | | |
|---------------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> Tehohoito | <input type="checkbox"/> Elvytys | <input type="checkbox"/> Respiraattori |
| <input type="checkbox"/> Adrenaliini | <input type="checkbox"/> Dopamiini | <input type="checkbox"/> Diureetti |
| <input type="checkbox"/> Happilisa | <input type="checkbox"/> Kortisoni | <input type="checkbox"/> Antihistamiini |
| <input type="checkbox"/> Parasetamoli | <input type="checkbox"/> Muu, mikä: _____ | |

Antibiotti

 ennen siirtoa jälkeen siirron ei toimenpiteitä

Ilmoitus on toimitettava viipymättä veripalvelulaitokselle.

Veripalvelulain ja -asetuksen mukainen ilmoitus verivalmisteen siirron aiheuttamasta vakavasta haittavaikutuksesta

<input type="checkbox"/> Akuutti hemolyysi Hemolyysin aiheuttaja Immunologinen: <input type="checkbox"/> anti-A/anti-B <input type="checkbox"/> muu vasta-aine, mikä: _____	<input type="checkbox"/> Viivästynyt hemolyysi (ei väärän verivalmisteen siirto)
<input type="checkbox"/> Ei immunologinen, aiheuttaja (esim. valmisteen väärä säilytys):	
<input type="checkbox"/> TRALI (verensiirron aiheuttama akuutti keuhkovaurio) Keuhkojen RTG oireiden alkamisen jälkeen (pvm, klo):	<input type="checkbox"/> TACO (verensiirron aiheuttama verenkierron ylikuormitus)
<input type="checkbox"/> Anafylaksia	<input type="checkbox"/> PTP (posttransfuusiopurppura)
<input type="checkbox"/> GvHD (käänteishyljintäreaktio)	
<input type="checkbox"/> Verensiirron jälkeinen sepsis Veriviljely ennen siirtoa (pvm ja klo): _____ Tulos: _____ Veriviljely siirron jälkeen (pvm ja klo): _____ Tulos: _____	
<input type="checkbox"/> Epäily verensiirron aiheuttamasta muusta tartunnasta (HBV, HCV, HIV, HTLV, malaria, muu) mikä:	
<input type="checkbox"/> Muu vakava haittavaikutus, mikä:	

Arvio haittavaikutusten vaikeusasteesta

Ei oireita Lieviä oireita Vakavia oireita Kuolema

Arvio verivalmisteen siirron osuudesta potilaan saamiin oireisiin

Ei arvioitavissa Poissuljettu (0) Epätodennäköinen (0)
 Mahdollinen (1) Todennäköinen (2) Varma (3)

TERVEYDENHUOLLON TOIMINTAYKSIKÖN VAPAAEHTOISESTI ILMOITTAMA VÄÄRÄ VERIVALMISTEEN SIIRTO

ABO-virhe RhD-virhe K-virhe Muu veriryhmävirhe, mikä:
 ABO-sopiva Muu virhe (säilytysvirhe, sädetämätön-, pesemätön valmiste) mikä:

Arvio mahdollisen haittavaikutuksen vaikeusasteesta

Ei oireita Lieviä oireita Vakavia oireita Kuolema

Haittavaikutuksen tyyppi

Tapatumatiedot (kuinka ja missä virhe tapahtui)

Hoitava lääkäri ja puhelinnumero	Ilmoituksen tekijä ja puhelinnumero
Paikka, pvm ja kellonaika	Ilmoituksen tekijän allekirjoitus

 PYYDETÄÄN VERIPALVELULAITOKSELTA TUTKIMUSTA VERENSIIRRON HAITTAVAIKUTUKSESTA

Näytteet potilaasta ennen verensiirtoa (pvm)	Näytteet potilaasta jälkeen verensiirron (pvm)
Näytteet verivalmisteista (verivalmisteiden No, ed.sivu) <input type="checkbox"/> sopivuuskoeletkun pätkät <input type="checkbox"/> verivalmisteen jäänteet <input type="checkbox"/> muu, mikä:	

VERIPALVELULAITOS TÄYTTÄÄ

Lähetetyt näytteet saapuneet Veripalvelulaitokseen (pvm ja kellonaika)	
Kuljetustapa Kylmä kuljetus <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei	Siirtolaite <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei
Valmisteiden ulkonäkö ym.	kiinni verivalmisteessa <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei
Pvm	suljettu <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei
Nimik.	