Transzfúziós Szabályzat II. kiadás 11/a. melléklet. Gyanított súlyos szövődmény sürgősségi bejelentése

*3/2005. (II.10) EüM rendelet alapján*

**Címzett: OVSz főigazgató 1113. Bp. Karolina u. 19-21. valamint az Országos Tisztifőorvos**

|  |
| --- |
|  *A sürgősségi bejelentés kórházi azonosító (iktató) száma:* |
| **A bejelentő intézmény:** |
|  OEP kódja: |
| **A transzfundált beteg neve:** |
|  születési dátum: | azonosító (TAJ): |
|  ABO vércsoport: | Rh (D): | neme: férfi nő  |
|  a transzfúzió dátuma: |  |
|  a szövődmény bekövetkezésének dátuma: |
| **A vérkészítményt kiadó OVSz vérellátó:** |
|  |
| **A súlyos szövődmény meghatározása és hozzárendelési szintje** | **Hozzárendelési szint** |
|  | **Né** | **0** | **1** | **2** | **3** |
| hemolízis AB0‑összeférhetetlenség miatt |  |  |  |  |  |
| hemolízis más alloantitest miatt |  |  |  |  |  |
| nem immunológiai hemolízis  |  |  |  |  |  |
| transzfúzióval átvitt bakteriális fertőzés |  |  |  |  |  |
| anafilaxis/hiperszenzitivitás |  |  |  |  |  |
| TRALI |  |  |  |  |  |
| transzfúziót követő purpura |  |  |  |  |  |
| TA-GVHD |  |  |  |  |  |
| transzfúzióval átvitt HBV-fertőzés |  |  |  |  |  |
| transzfúzióval átvitt HCV-fertőzés |  |  |  |  |  |
| transzfúzióval átvitt HIV–1/HIV–2 fertőzés |  |  |  |  |  |
| transzfúzióval átvitt maláriafertőzés |  |  |  |  |  |
| transzfúzióval átvitt egyéb vírus vagy parazita: |  |  |  |  |  |
| egyéb: |  |  |  |  |  |
| **A súlyos szövődmény az alábbi vérkészítményekhez kapcsolódhat:** | **Készítmény** |
| **Vérvételi szám** | **ABO és RhD** | **Vérkészítmény kód** | **vvs.** | **thr.** | **FFP** | **egyéb** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| **Az intézeti transzfúziós felelős orvos neve:** | **Pecsétszáma:** |
| **A bejelentőlap kitöltésének dátuma:** | **Aláírása:** |

*Hozzárendelési szint: Annak meghatározása, hogy a szövődmény milyen mértékben rendelhető a fent meghatározott vérkészítmények
 valamelyikéhez Né= nincs adat az értékeléshez; 0= kizárt, vagy nem valószínű; 1=lehetséges; 2= valószínű; 3= biztos.*