

<p>مشخصات بیمار</p>	<p>نام: نام خانوادگی بیمار: شماره پرونده:</p> <p>تاریخ تولد: جنسیت: مرد <input type="checkbox"/> زن <input type="checkbox"/></p> <p>بخش: تشخیص بیماری:</p> <p>اختلال کلیوی <input type="checkbox"/> اختلال قلبی <input type="checkbox"/> اختلال ریوی <input type="checkbox"/></p> <p>سابقه بیماری: آلرژی <input type="checkbox"/> اختلال کلیوی <input type="checkbox"/></p> <p>سابقه تزریق خون: بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>سابقه واکنش به تزریق خون بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>شماره کیسه خون تزریق شده در ۲۴ ساعت اخیر:</p>
<p>مشخصات و شرایط فراورده</p>	<p>نوع فراورده: گلبول قرمز متراکم <input type="checkbox"/> پلاسمای فاقد کرایو (CPP) <input type="checkbox"/> گلبول قرمز متراکم شسته شده <input type="checkbox"/></p> <p>خون کامل <input type="checkbox"/> خون اتولوگ <input type="checkbox"/> کرایو <input type="checkbox"/> FFP <input type="checkbox"/></p> <p>در صورت استفاده از سایر فراورده ها و یا اقدامات ویژه برای فراورده ذکر شود:</p> <p>شماره کیسه:</p> <p>تاریخ انقضاء فراورده: ABO & Rh کیسه تاریخ تزریق خون: ساعت شروع تزریق: ساعت پایان تزریق: ABO & Rh بیمار:</p> <p>فاصله زمانی شروع تزریق یا بروز عارضه: دقیقه/ ساعت/ روز حجم تزریق شده: آیا بیمار از محل تزریق خون، دارو یا محلول تزریقی به جزء نرمال سالین دریافت کرده است؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>آیا خون قبل از تزریق گرم شده است؟ به چه طریق بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>آیا فراورده مورد نظر از طریق ست فیلتر دار مخصوص فراورده خون تزریق شده است؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p>
<p>شرایط بیمار در هنگام بروز عارضه</p>	<p>علائم و نشانه‌های بالینی</p> <p>تب <input type="checkbox"/> درد پشت <input type="checkbox"/> احساس ناراحتی <input type="checkbox"/> احساس سرما و لرز <input type="checkbox"/> قرمزی پوست (راش) <input type="checkbox"/></p> <p>میزان افزایش درجه حرارت:</p> <p>خارش <input type="checkbox"/> کهیر <input type="checkbox"/> درد قفسه سینه <input type="checkbox"/> تهوع / استفراغ <input type="checkbox"/> تنگی نفس <input type="checkbox"/></p> <p>تیش قلب <input type="checkbox"/> گر گرفتگی <input type="checkbox"/> پایین آمدن سطح هوشیاری <input type="checkbox"/> شوک <input type="checkbox"/> کم شدن حجم ادرار <input type="checkbox"/></p> <p>قطع ادرار <input type="checkbox"/> خونریزی <input type="checkbox"/> DIC <input type="checkbox"/> بیقراری <input type="checkbox"/> افزایش فشار خون <input type="checkbox"/></p> <p>استریدور <input type="checkbox"/> ویزینگ <input type="checkbox"/> دیسترس تنفسی <input type="checkbox"/> کاهش فشار خون <input type="checkbox"/> پورپورا <input type="checkbox"/></p> <p>علائم آزمایشگاهی:</p> <p>هموگلوبینوری <input type="checkbox"/> پتاسیم بالا <input type="checkbox"/> پتاسیم پائین <input type="checkbox"/> هیپوکلسمی <input type="checkbox"/></p> <p>PH خون <input type="checkbox"/> O₂ sat <input type="checkbox"/> اوره بالا <input type="checkbox"/> کراتینین بالا <input type="checkbox"/></p>
<p>علل در وضعیت انتهایی بیمار</p>	<p>علت اصلی ایجاد عارضه:</p> <p>عدم شناسایی صحیح بیمار در هنگام نمونه‌گیری <input type="checkbox"/></p> <p>عدم شناسایی صحیح بیمار در هنگام تزریق خون با فراورده <input type="checkbox"/></p> <p>ارسال اشتباه کیسه فراورده از بانک خون <input type="checkbox"/></p> <p>اشتباهات تکنیکی و دفتری در تعیین گروه خون <input type="checkbox"/></p> <p>وضعیت بالینی بیمار (در صورت وجود)</p> <p>- کاملاً بهبود یافته <input type="checkbox"/></p> <p>- ناتوانی جزئی یا مختصر <input type="checkbox"/></p> <p>- ناتوانی شدید یا نقص عضو <input type="checkbox"/></p> <p>- مرگ <input type="checkbox"/></p> <p>نام گزارش کننده: تاریخ</p>