

Codice Segnalazione: - ;

Data dell'evento segnalato (giorno/mese/anno): ;

- Iniziali del paziente:
- Data di nascita del paziente: (giorno/mese/anno): ;
- Sesso paziente: M F
- Peso (Kg):
- Altezza (cm)
- Patologia di base:
- Altre condizioni patologiche

Rilievi anamnestici:

- Antecedenti cardiovascolari:
SI NO NON PRECISATO

Precisare: (es. IMA<4sett, insuff. cardiaca congestizia, precedente prescrizione di diuretici)

- Antecedenti renali:
SI NO NON PRECISATO

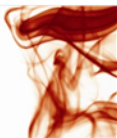
Precisare: (es. insufficienza renale)

- Antecedenti polmonari:
SI NO NON PRECISATO

Precisare: (es. BPCO o insufficienza respiratoria cronica di altra origine)



CENTRO
**NAZIONALE
SANGUE**



**Modulo integrativo per la raccolta dati
degli Eventi Avversi Polmonari (EAP) nel
Ricevente.**

Terapia farmacologica al momento dell'evento avverso polmonare:

FARMACO

DOSAGGIO

MODALITA' SOMMINISTRAZIONE

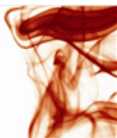
- **MOTIVO DELLA TRASFUSIONE:**

- **EMOCOMPONENTE/I TRASFUSO/I**

Specificare:

- **CODICE IDENTIFICATIVO UNITA' TRASFUSE:**

- Codice: ; Volume trasfuso (ml):
- Codice: ; Volume trasfuso (ml):
- Codice: ; Volume trasfuso (ml):
- Codice: ; Volume trasfuso (ml):
- Codice: ; Volume trasfuso (ml):
- Codice: ; Volume trasfuso (ml):
- Codice: ; Volume trasfuso (ml):
- Codice: ; Volume trasfuso (ml):
- Codice: ; Volume trasfuso (ml):



- Ora d'inizio della trasfusione (*ora:minuti*):
- Ora di fine trasfusione (*ora:minuti*):
- Orario d'inizio dei sintomi osservati (*ora:minuti*):
- Luogo della trasfusione:

- TRASFUSIONE NEL CORSO DI ANESTESIA SI NO NON DISPONIBILE
- PREMEDICAZIONE NO SI con (specificare)

Segni/Sintomi respiratori dell'EAP

- TACHIPNEA SI NO NON DISPONIBILE
Frequenza respiratoria prima della trasfusione (atti/min):

Frequenza respiratoria durante/dopo la trasfusione (atti/min):

- DISPNEA: SI NO NON DISPONIBILE
- CIANOSI: SI NO NON DISPONIBILE
- TOSSE: SI NO NON DISPONIBILE
- DOLORE TORACICO: SI NO NON DISPONIBILE
- ESPETTORATO: SI NO NON DISPONIBILE

(caratteristiche)

- AUSCULTAZIONE DEL TORACE: (*es. sibili, rantoli, ronchi, sfregamenti, etc...*)

- SatO₂ (%):

- **Emogasanalisi prima della trasfusione:**

PH: SatO₂ (%): PaO₂(mmHg):

PaCO₂ (mmHg): Rapporto PaO₂/FiO₂ (mmHg):

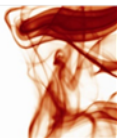
- **Emogasanalisi durante/dopo la trasfusione:**

PH: SatO₂ (%): PaO₂(mmHg):

PaCO₂ (mmHg): Rapporto PaO₂/FiO₂ (mmHg):



CENTRO
**NAZIONALE
SANGUE**



Modulo integrativo per la raccolta dati degli Eventi Avversi Polmonari (EAP) nel Ricevente.

- Rx Torace in proiezione frontale: *(Referto)*
- Altre indagini Radiologiche Polmonari: *(Specificare con referto)*

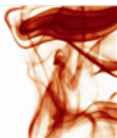
Segni/Sintomi cardiovascolari dell'EAP

- TACHICARDIA SI NO
FC prima della trasfusione (bpm):

FC durante/dopo trasfusione (bpm):
- IPOTENSIONE SI NO
PA prima della trasfusione (mmHg):

PA durante/dopo la trasfusione (mmHg):
- IPERTENSIONE SI NO
PA prima della trasfusione (mmHg):

PA durante/dopo la trasfusione (mmHg):
- Pressione Venosa Centrale *(se valutata)*:
- Pressione Polmonare *(se valutata)*:
- Presenza di una valvulopatia NO SI *(Specificare)*
- Ecocardiogramma: *(Referto)*
- ECG: *(Referto)*



Altri Segni/Sintomi dell'EAP

- FEBBRE SI NO

TC prima della trasfusione (°C):

TC durante/dopo la trasfusione (°C):

- Turbe di coscienza SI NO NON DISPONIBILE
- PRURITO: SI NO NON DISPONIBILE
- REAZIONE ORTICARIOIDE: SI NO NON DISPONIBILE
- BRIVIDI: SI NO NON DISPONIBILE
- BRONCOSPASMO/LARINGOSPASMO: SI NO NON DISPONIBILE
- CEFALEA SI NO NON DISPONIBILE
- ITTERO/SUBITTERO: SI NO NON DISPONIBILE
- DOLORE LOMBARE: SI NO NON DISPONIBILE
- EMATURIA: SI NO NON DISPONIBILE
- EDEMI: SI NO NON DISPONIBILE

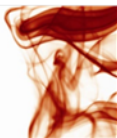
(Specificare sede)

- TURGORE DELLE GIUGULARI: SI NO NON DISPONIBILE
- EMOTTISI/EMOFTOE: SI NO NON DISPONIBILE
- ALTRO: SI NO

(Specificare)



CENTRO
**NAZIONALE
SANGUE**



**Modulo integrativo per la raccolta dati
degli Eventi Avversi Polmonari (EAP) nel
Ricevente.**

Dati di Laboratorio:

ESAME	PRE-trasfusione	POST-trasfusione
EMOGLOBINA		
GLOBULI BIANCHI		
NEUTROFILI		
LINFOCITI		
PIASTRINE		
PEPTIDE NATRIURETICO ATRIALE(BPN)		

ALTRO (specificare):

- EMOCOLTURA PRE-TRASFUSIONE:

NEGATIVA NON DISPONIBILE POSITIVA

Specificare patogeno:

- EMOCOLTURA POST-TRASFUSIONE:

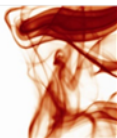
NEGATIVA NON DISPONIBILE POSITIVA

Specificare patogeno:

- INDAGINI MICROBIOLOGICHE EMOCOMPONENTE:



CENTRO
**NAZIONALE
SANGUE**



**Modulo integrativo per la raccolta dati
degli Eventi Avversi Polmonari (EAP) nel
Ricevente.**

- **TRATTAMENTO ESEGUITO A SEGUITO DELL'EVENTO AVVERSO POLMONARE** *(es. Ossigenoterapia, NIV, C-PAP, etc...):*

FARMACO

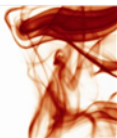
DOSAGGIO

ALTRO *(specificare):*

- **PERSISTENZA** *(specificare entro quanto tempo in caso di risoluzione):*

Specificare:

NOTE:



RICERCA ANTICORPI ANTI-HLA /-HNA NEL/I DONATORE/I

DONATORE	SESSO DEL DONATORE	ETÀ DEL DONATORE (Anni)	Anti-HLA I	Anti-HLA II	Anti-HNA 1a,1b,1c,2a,3a,4a,5a	Donatore precedentemente implicato in TRALI
N° 1	M		POS	POS	POS	SI
	F		NEG	NEG	NEG	NO
					Specif.	
N° 2	M		POS	POS	POS	SI
	F		NEG	NEG	NEG	NO
					Specif.	
N° 3	M		POS	POS	POS	SI
	F		NEG	NEG	NEG	NO
					Specif.	
N° 4	M		POS	POS	POS	SI
	F		NEG	NEG	NEG	NO
					Specif.	
N° 5	M		POS	POS	POS	SI
	F		NEG	NEG	NEG	NO
					Specif.	

ALTRO (specificare):

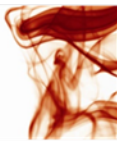
RICERCA ANTICORPI ANTI-HLA /-HNA NEL RICEVENTE

RICEVENTE	Anti-HLA I	Anti-HLA II	Anti-HNA 1a,1b,1c,2a,3a,4a,5a
Iniziali:	POS	POS	POS
	NEG	NEG	NEG
			Specif.

NOTE:



CENTRO
**NAZIONALE
SANGUE**



**Modulo integrativo per la raccolta dati
degli Eventi Avversi Polmonari (EAP) nel
Ricevente.**

TIPOLOGIA DI EVENTO AVVERSO:

GRAVITA':

IMPUTABILITA':