

Rapport vid transfusionskomplikation

Komplikationer vid transfusion av blodkomponenter kan uppträda i direkt anslutning till transfusionen, eller med timmars eller dagars fördröjning. Allvarliga komplikationer och förväxlingar ska alltid utredas. Lätta reaktioner utreds endast efter bedömning och beslut av den patientansvarige läkaren.

Handläggning av akuta transfusionsreaktioner

1. Avbryt omedelbart transfusionen. Låt infartskanylen ligga kvar.
2. Kontrollera patientens allmäntillstånd, andning och cirkulation.
3. Kontakta jourhavande eller ansvarig läkare på vårdavdelningen. Notera reaktionen i journalen.
4. Kontrollera att
 - patientens identitet stämmer med blodenhetens transfusionsdokument
 - ABO och RhD grupp på blodenhetens etikett är förenlig med blodmottagarens
 - blodenhetens nummer stämmer med transfusionsdokumentet
 - erythrocyter av förenlig typ använts vid erythrocyttransfusion till en patient med påvisade irreguljära erythrocytantikroppar
5. Informera Blodcentralen om reaktionen. Fyll i rapportblankett för transfusionskomplikation, ange omständigheterna i fallet.

Om patientansvarig läkare bestämmer att reaktionen ska utredas:

6. Kontrollera urinproduktionen. Notera urinens färg.
7. Vid klinisk misstanke om sepsis tas prov för blododling på blodmottagaren.
8. Lämna blodenhet/enheter och nytaget blodprov (3 EDTA-rör), tillsammans med ifylld rapportblankett för transfusionskomplikation, till Blodcentralen.

RAPPORT VID TRANSFUSIONSKOMPLIKATION

Avsändare Datum: Rem.läkare:	Patientidentitet Transfusion <input type="checkbox"/> Erytrocytkoncentrat <input type="checkbox"/> Trombocytkoncentrat <input type="checkbox"/> Plasma <input type="checkbox"/> Tidigare transfusionskomplikationer: När, hur? : Tappningsnummer på aktuella enheter																								
Bedömning av reaktionens svårighetsgrad <input type="checkbox"/> Lätt <input type="checkbox"/> Måttlig <input type="checkbox"/> Svår	Förlopp Transfusionen påbörjades den kl. avbröts den kl. hela påsen/ml givits Transfusionskomplikationen observerades den kl. Rapporten lämnad av:																								
Aktuella symptom <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Enstaka utslag</td> <td><input type="checkbox"/> Tryck känsla över bröstet</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Generell rodnad</td> <td><input type="checkbox"/> Andnöd</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Urtikaria, klåda</td> <td><input type="checkbox"/> Cyanos</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Quincke ödem</td> <td><input type="checkbox"/> Illamående, kräkning</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Astma</td> <td><input type="checkbox"/> Frysningar</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Anafylakt.chock</td> <td><input type="checkbox"/> Tempstegring</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Petechier</td> <td><input type="checkbox"/> Hematuri</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Arytmi</td> <td><input type="checkbox"/> Ryggsmärtor</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Pulsstegring</td> <td><input type="checkbox"/> Icterus</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Blodtrycksstegring</td> <td><input type="checkbox"/> Kramper</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Blodtrycksfall</td> <td><input type="checkbox"/> Diarré</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Yrsel</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <input type="checkbox"/> Kommentrar Grundsjukdom: Känd allergi: Medicin/infusion: Temp. Före transfusion: °C Temp. Efter transfusion: °C Tempstegring (varaktighet): timmar	<input type="checkbox"/> Enstaka utslag	<input type="checkbox"/> Tryck känsla över bröstet	<input type="checkbox"/> Generell rodnad	<input type="checkbox"/> Andnöd	<input type="checkbox"/> Urtikaria, klåda	<input type="checkbox"/> Cyanos	<input type="checkbox"/> Quincke ödem	<input type="checkbox"/> Illamående, kräkning	<input type="checkbox"/> Astma	<input type="checkbox"/> Frysningar	<input type="checkbox"/> Anafylakt.chock	<input type="checkbox"/> Tempstegring	<input type="checkbox"/> Petechier	<input type="checkbox"/> Hematuri	<input type="checkbox"/> Arytmi	<input type="checkbox"/> Ryggsmärtor	<input type="checkbox"/> Pulsstegring	<input type="checkbox"/> Icterus	<input type="checkbox"/> Blodtrycksstegring	<input type="checkbox"/> Kramper	<input type="checkbox"/> Blodtrycksfall	<input type="checkbox"/> Diarré	<input type="checkbox"/> Yrsel	<input type="checkbox"/>	Blodprover för utredning tagna <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Vid provtagning har iakttagits de föreskrifter Socialstyrelsen utfärdat (SOSFS 2009:29). Provtagarens namnunderskrift
<input type="checkbox"/> Enstaka utslag	<input type="checkbox"/> Tryck känsla över bröstet																								
<input type="checkbox"/> Generell rodnad	<input type="checkbox"/> Andnöd																								
<input type="checkbox"/> Urtikaria, klåda	<input type="checkbox"/> Cyanos																								
<input type="checkbox"/> Quincke ödem	<input type="checkbox"/> Illamående, kräkning																								
<input type="checkbox"/> Astma	<input type="checkbox"/> Frysningar																								
<input type="checkbox"/> Anafylakt.chock	<input type="checkbox"/> Tempstegring																								
<input type="checkbox"/> Petechier	<input type="checkbox"/> Hematuri																								
<input type="checkbox"/> Arytmi	<input type="checkbox"/> Ryggsmärtor																								
<input type="checkbox"/> Pulsstegring	<input type="checkbox"/> Icterus																								
<input type="checkbox"/> Blodtrycksstegring	<input type="checkbox"/> Kramper																								
<input type="checkbox"/> Blodtrycksfall	<input type="checkbox"/> Diarré																								
<input type="checkbox"/> Yrsel	<input type="checkbox"/>																								
<input type="checkbox"/> Kontroll av patient-ID mot transfunderad enhets följesedel, samt kontroll av tappnings nr på följesedel och enhet utförd. Kontrollerat att komponentens egenskaper överensstämmer med ordination.																									

Blodcentralens svar:	Ja	Nej		Ja	Nej
Erytrocyt inkompatibilitet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Irreguljär antikropp påvisad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Växt påvisad i blodenhets	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Blododling utförd på pat.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IgA brist/anti-IgA påvisad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Svar till avd:					
.....					
Ort	Datum		Namnunderskrift		
<input type="checkbox"/> Rapport till BIS		<input type="checkbox"/> Rapport till Socialstyrelsen		<input type="checkbox"/> Rapport till Unilabs	