

# Rapport vid Transfusionsreaktion

Sändes till Blodcentralen tillsammans med transfunderad enhet/enheter och blodprov.

Patientens fullständiga identitetsuppgifter:

Avdelning:

## Bedömning av svårighetsgrad:

Lätt                       Måttlig                       Svår

Vid **svår** reaktion ta kontakt med Västerås blodutlämning  
021-17 35 51 alt jourhavande läkare på Blodcentralen  
Uppsala 018-611 41 63

Vid **lätta**, snabbt övergående reaktioner är provtagning ej nödvändig, men rapportering skall ändå ske på denna blankett till blodcentralen.

## Transfusion av:

Erythrocyter                       Trombocyter  
 Plasma                               Annat

Skriv påsens/arnas tappningsnummer och komponentkod. Ange även andra precis avslutade transfusioner.

## Aktuella symtom

<input type="checkbox"/> Enstaka symptom	<input type="checkbox"/> Blodtrycksfall
<input type="checkbox"/> Generell rodnad	<input type="checkbox"/> Blodtrycksstegring
<input type="checkbox"/> Urtikaria	<input type="checkbox"/> Pulsstegring
<input type="checkbox"/> Quincke ödem	<input type="checkbox"/> Arytmi
<input type="checkbox"/> Peteckier	<input type="checkbox"/> Tryckkänsla över bröstet
<input type="checkbox"/> Astma	<input type="checkbox"/> Illamående/kräkningar
<input type="checkbox"/> Anafylaktisk chock	<input type="checkbox"/> Yrsel
<input type="checkbox"/> Frysningar	<input type="checkbox"/> Kramper
<input type="checkbox"/> Tempstegring som kvarstår > 4 timmar	<input type="checkbox"/> Diarré
<input type="checkbox"/> Dyspné	<input type="checkbox"/> Lumbal smärta
<input type="checkbox"/> Cyanos	<input type="checkbox"/> Hemoglobinuri
	<input type="checkbox"/> Ikterus

Övrig<sup>1</sup>

## Tappningsnummer

## Komponentkod

## Förlopp

Transfusionen påbörjades den .....kl.....  
och avbröts kl. ....  
då hela enheten/ca. ....mL givits  
Transfusionsreaktionen observerades  
den:.....kl.....

## Rapportör

.....  
Datum

.....  
Namnunderskrift

## Blodprov för utredning tagna <sup>2</sup>

Utfört IDENTITETSKONTROLL enligt Socialstyrelsens författning SOSFS 2009:29 intygar:

.....  
Datum

.....  
Provtagarens namnunderskrift

1. Vid "Övrig" kan anges diagnos, symtom som blödning, domningar, stickningar, slöhet/förvirring och ev. medicinering.

2. *Provtagning*

Vid måttlig och svår reaktion skall 1 st 7 mL EDTA-rör och 1 rör utan tillsats tas. Vid symtom från andningsvägarna (dyspné och cyanos) tas ytterligare 1 rör utan tillsats.

**Blodprov + denna blankett med intygad identitetskontroll samt väl försluten blodenhet, i separat plastpåse, lämnas till Blodcentralen.**

Vid misstanke om transfusionsreaktion till följd av **bakteriellt kontaminerad** blodenhet lämnas påsen snarast till Blodcentralen. Odling på påsen ombesörjes av Blodcentralen. Odling på patientens blod (blododling) ombesörjes av vårdavdelningen/mottagningen.

Ta gärna kontakt med oss på Blodutlämningen om något är oklart!

Telefon: 021 -17 35 51

Fax: 021 - 17 51 59

Vid svår reaktion ta kontakt med Västerås Blodutlämning 021-17 35 51  
alternativt jourhavande läkare på Blodcentralen i Uppsala 018-611 41 63

**Blodcentralens anteckningar**

**Personnummer:** .....

Ifylls av Blodutlämningen			
Rapport mottagen	datum:.....	kl.....	sign:
Läkare kontaktad	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nej	
Åtgärder beslutade av kontaktad läkare:			
Antal enheter mottagna		Besiktning	<input type="checkbox"/> u.a. <input type="checkbox"/> med anm.
Förprov	<input type="checkbox"/> finns	<input type="checkbox"/> saknas	<input type="checkbox"/> utredning
Efterprov	<input type="checkbox"/> erhållet	<input type="checkbox"/> ej erhållet	<input type="checkbox"/> utredning
Odling	<input type="checkbox"/> enhet	datum:	sign:
Skickad till Uppsala	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nej	Datum:..... sign:

**OBS! vid svår reaktion se Instruktion: Akut utredning av svår transfusionskomplikation.**

Ifylls av utredningshandledare Västerås			
Registrerat/ ändrat transfusionsrapportering			sign:
Komponenthistorik			sign:
Kvinnlig givare ingår	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nej	Datum:..... sign:
Patienten har tidigare haft komplikation	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nej	Sign:

**Kopiera blankett (både fram och baksida) sätt in i pärm "Skickade prover till Uppsala"**

Fynd (ifylls av utredningslabb i Uppsala)			
Första bedömning:			sign:
Anm. enhet:			
Förprov DAT:	ak ery:	HLA:	
Efterprov DAT:	ak ery:	HLA:	
Odlingsresultat:			
Resultat IgA:			
Kvinnlig givare ingår	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nej	
IgA-bristutredning	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nej	
Medcontrol rapport	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nej	nr:
BIS-rapport:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nej	datum:
<b>Slutsats (läkare):</b>			
sign:			