

# RAPPORT VID TRANSFUSIONSKOMPLIKATION

Ifylls och skickas till Blodcentralen

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                           |                                        |                                              |                                  |                   |                                        |                                       |                                                   |                                         |                                 |                                     |                                 |                                               |                                          |                                             |                                             |                                      |  |                                    |  |                                 |  |                                 |  |                                    |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------------|----------------------------------|-------------------|----------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------------------|-----------------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------------------|------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------|--|------------------------------------|--|---------------------------------|--|---------------------------------|--|------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Avdelning:<br><br>Rapportör:<br><br>Tel.nr:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Patientens personnummer:<br><br>Patientens namn:                                                                                                                                                                          |                                        |                                              |                                  |                   |                                        |                                       |                                                   |                                         |                                 |                                     |                                 |                                               |                                          |                                             |                                             |                                      |  |                                    |  |                                 |  |                                 |  |                                    |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Tappningsnummer:<br><br>Ange även tappningsnummer från nyligen avslutade transfusioner.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Transfusion av:<br><input type="checkbox"/> Erytrocyter<br><input type="checkbox"/> Plasma<br><input type="checkbox"/> Trombocyter<br><input type="checkbox"/> Helblod                                                    |                                        |                                              |                                  |                   |                                        |                                       |                                                   |                                         |                                 |                                     |                                 |                                               |                                          |                                             |                                             |                                      |  |                                    |  |                                 |  |                                 |  |                                    |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Bedömning av reaktionens svårighetsgrad:<br><br><input type="checkbox"/> Lätt <input type="checkbox"/> Måttlig <input type="checkbox"/> Svår                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Följande ska skickas till Blodcentralen för utredning:<br><ul style="list-style-type: none"><li>• Blodprov, två EDTA-rör (lila kork), inkl. remiss</li><li>• Blodpåsen, som misstänks ha orsakat komplikationen</li></ul> |                                        |                                              |                                  |                   |                                        |                                       |                                                   |                                         |                                 |                                     |                                 |                                               |                                          |                                             |                                             |                                      |  |                                    |  |                                 |  |                                 |  |                                    |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Kliniska observationer:<br><br><table border="0"><tr><td><input type="checkbox"/> Frossa</td><td><input type="checkbox"/> Lumbal smärta</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Tempstegring.....°C</td><td><input type="checkbox"/> Ikterus</td></tr><tr><td>duration..... tim</td><td><input type="checkbox"/> Hemoglobinuri</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Pulsstegring</td><td><input type="checkbox"/> Tryckkänsla över bröstet</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Blodtrycksfall</td><td><input type="checkbox"/> Dyspné</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Buksmärter</td><td><input type="checkbox"/> Hypoxi</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Illamående/kräkning,</td><td><input type="checkbox"/> Rtg pulm (fynd)</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Anafylaktisk chock</td><td><input type="checkbox"/> Annat specificera:</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Quinckeödem</td><td></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Urtikaria</td><td></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Utslag</td><td></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Rodnad</td><td></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Petechier</td><td></td></tr></table><br>Övrigt: .....<br>.....<br><br>Blododling utförd på patienten? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej | <input type="checkbox"/> Frossa                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> Lumbal smärta | <input type="checkbox"/> Tempstegring.....°C | <input type="checkbox"/> Ikterus | duration..... tim | <input type="checkbox"/> Hemoglobinuri | <input type="checkbox"/> Pulsstegring | <input type="checkbox"/> Tryckkänsla över bröstet | <input type="checkbox"/> Blodtrycksfall | <input type="checkbox"/> Dyspné | <input type="checkbox"/> Buksmärter | <input type="checkbox"/> Hypoxi | <input type="checkbox"/> Illamående/kräkning, | <input type="checkbox"/> Rtg pulm (fynd) | <input type="checkbox"/> Anafylaktisk chock | <input type="checkbox"/> Annat specificera: | <input type="checkbox"/> Quinckeödem |  | <input type="checkbox"/> Urtikaria |  | <input type="checkbox"/> Utslag |  | <input type="checkbox"/> Rodnad |  | <input type="checkbox"/> Petechier |  | Händelseförlopp:<br><ul style="list-style-type: none"><li>• Akut transfusionskomplikation<br/>(Inom 1 dygn efter transfusion)</li></ul> Transfusionen påbörjades den..... kl.....<br>och avbröts kl.....<br>Transfusionskomplikationen observerades<br>den ..... kl.....<br>Uppskattad transfunderad mängd från aktuell enhet:<br>..... mL.<br><ul style="list-style-type: none"><li>• Fördröjd transfusionskomplikation<br/>(dagar/månader efter transfusion)</li></ul> Transfusion gavs den.....<br>Transfusionskomplikationen observerades<br>den .....<br><br>Tidigare transfusionskomplikation?<br><br>Datum:<br><br>Av typ: |
| <input type="checkbox"/> Frossa                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> Lumbal smärta                                                                                                                                                                                    |                                        |                                              |                                  |                   |                                        |                                       |                                                   |                                         |                                 |                                     |                                 |                                               |                                          |                                             |                                             |                                      |  |                                    |  |                                 |  |                                 |  |                                    |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <input type="checkbox"/> Tempstegring.....°C                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> Ikterus                                                                                                                                                                                          |                                        |                                              |                                  |                   |                                        |                                       |                                                   |                                         |                                 |                                     |                                 |                                               |                                          |                                             |                                             |                                      |  |                                    |  |                                 |  |                                 |  |                                    |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| duration..... tim                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> Hemoglobinuri                                                                                                                                                                                    |                                        |                                              |                                  |                   |                                        |                                       |                                                   |                                         |                                 |                                     |                                 |                                               |                                          |                                             |                                             |                                      |  |                                    |  |                                 |  |                                 |  |                                    |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <input type="checkbox"/> Pulsstegring                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> Tryckkänsla över bröstet                                                                                                                                                                         |                                        |                                              |                                  |                   |                                        |                                       |                                                   |                                         |                                 |                                     |                                 |                                               |                                          |                                             |                                             |                                      |  |                                    |  |                                 |  |                                 |  |                                    |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <input type="checkbox"/> Blodtrycksfall                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> Dyspné                                                                                                                                                                                           |                                        |                                              |                                  |                   |                                        |                                       |                                                   |                                         |                                 |                                     |                                 |                                               |                                          |                                             |                                             |                                      |  |                                    |  |                                 |  |                                 |  |                                    |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <input type="checkbox"/> Buksmärter                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> Hypoxi                                                                                                                                                                                           |                                        |                                              |                                  |                   |                                        |                                       |                                                   |                                         |                                 |                                     |                                 |                                               |                                          |                                             |                                             |                                      |  |                                    |  |                                 |  |                                 |  |                                    |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <input type="checkbox"/> Illamående/kräkning,                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> Rtg pulm (fynd)                                                                                                                                                                                  |                                        |                                              |                                  |                   |                                        |                                       |                                                   |                                         |                                 |                                     |                                 |                                               |                                          |                                             |                                             |                                      |  |                                    |  |                                 |  |                                 |  |                                    |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <input type="checkbox"/> Anafylaktisk chock                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> Annat specificera:                                                                                                                                                                               |                                        |                                              |                                  |                   |                                        |                                       |                                                   |                                         |                                 |                                     |                                 |                                               |                                          |                                             |                                             |                                      |  |                                    |  |                                 |  |                                 |  |                                    |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <input type="checkbox"/> Quinckeödem                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                           |                                        |                                              |                                  |                   |                                        |                                       |                                                   |                                         |                                 |                                     |                                 |                                               |                                          |                                             |                                             |                                      |  |                                    |  |                                 |  |                                 |  |                                    |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <input type="checkbox"/> Urtikaria                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                           |                                        |                                              |                                  |                   |                                        |                                       |                                                   |                                         |                                 |                                     |                                 |                                               |                                          |                                             |                                             |                                      |  |                                    |  |                                 |  |                                 |  |                                    |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <input type="checkbox"/> Utslag                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                           |                                        |                                              |                                  |                   |                                        |                                       |                                                   |                                         |                                 |                                     |                                 |                                               |                                          |                                             |                                             |                                      |  |                                    |  |                                 |  |                                 |  |                                    |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <input type="checkbox"/> Rodnad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                           |                                        |                                              |                                  |                   |                                        |                                       |                                                   |                                         |                                 |                                     |                                 |                                               |                                          |                                             |                                             |                                      |  |                                    |  |                                 |  |                                 |  |                                    |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <input type="checkbox"/> Petechier                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                           |                                        |                                              |                                  |                   |                                        |                                       |                                                   |                                         |                                 |                                     |                                 |                                               |                                          |                                             |                                             |                                      |  |                                    |  |                                 |  |                                 |  |                                    |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |

|                                                                                                                                                                                                       |            |                                                                                        |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Blodcentralens anteckningar:</b>                                                                                                                                                                   |            |                                                                                        |
| Rapporten mottagen Datum:                                                                                                                                                                             | Klockslag: | Sign:                                                                                  |
| Transfusionskomplikationen rapporterad i ProSang: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej<br>Om Nej, avdelningen kontaktad: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej |            |                                                                                        |
| Blodcentralens läkare kontaktad: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej                                                                                                             |            |                                                                                        |
| Preliminärt utlåtande från Blodcentralen:.....<br>.....<br>.....                                                                                                                                      |            |                                                                                        |
| Underskrift .....                                                                                                                                                                                     | 20.....    | Svar meddelat till avd.<br>Datum :                      kl:                      Sign: |

## UPPLYSNINGAR

Transfusionskomplikation **skall** rapporteras i **InterInfo/Blodinfo** samt på denna rapportblankett.

1. Vid "övrigt" kan andra förekommande symptom anges, liksom diagnos, om den kan tänkas påverka förloppet. Ange även ev. medicinering, som kan påverka reaktionen, andra infusioner etcetera.  
Tidigare misstänkta transfusionskomplikationer skall också anges.
2. Klistra etikett alt skriv av påsens tappningsnummer och komponentkod. Ange även nyligen avslutade transfusioner.
3. Vid alla typer av reaktioner tag **två (2) EDTA-rör** (lila kork) inkl **remiss för blodgruppering**.  
Lämna prov, blodgrupperingsremiss och ifylld rapportblankett till Blodcentralen.
4. Blodkomponenten som orsakat transfusionskomplikation ska paketeras väl försluten i en plast-påse. Lämnas till Blodcentralen.

---

Med ledning av uppgifter om patientens symptom vid inträffad transfusionskomplikation, avgör blodcentralens läkare vilka åtgärder, som skall vidtas med de inlämnade proven.

Vid misstanke om transfusionskomplikation till följd av bakteriellt kontaminerad komponent ombesörjer respektive vårdavdelning/mottagning odling på patienten (blododling).

Vid oklarhet angående rapportering och tillvaratagande av material, som använts vid transfusion, kontakta blodcentralen.

**Laboratoriet ansvarar inte för utskrivna kopior. Giltigt version finns alltid på nätet.**

### Telefonnummer till Blodcentralerna

Karlskrona 0455– 73 4602(dagtid) 4570 (jourtid)  
Karlshamn 0454– 73 2267(dagtid) 2264 (jourtid)