

STRUTTURA SANITARIA

.....

Scheda di Rilevazione di eventi avversi (Emovigilanza)
(da inviare al SIMT alla rilevazione dell'evento)

Parte 1

(DA COMPILARE A CURA DELL'MEDICO CHE HA EFFETTUATO LA TERAPIA)

Paziente _____ data nascita ____/____/____

Diagnosi _____

<i>Tipo e codice prodotto</i>	<i>Data e ora preparazione</i>	<i>Data e ora applicazione</i>
PRGF n.		

Sintomi della reazione

☐	Prurito	☐	Shock
☐	Orticaria	☐	Cianosi
☐	Anafilassi	☐	Dispnea
☐	Brividi	☐	Nausea vomito
☐	Febbre (aumento > 2°C)	☐	Dolore toracico
☐	Reazione vasomotoria	☐	Tachicardia
☐	Ipotensione	☐	Altro _____

Gravità

Persistenza della sintomatologia

☐	0	Nessun sintomo (<i>near miss events</i>)	☐	0	Risoluzione entro 24 ore
☐	1	Sintomatologia lieve (nessun intervento terapeutico)	☐	1	Risoluzione entro pochi giorni
☐	2	Sintomatologia con necessità di intervento terapeutico	☐	2	Risoluzione completa entro 6 mesi

Anamnesi

Farmaci e/o emoderivati somministrati al paziente

Stato del paziente: ☐ *Cosciente e collaborante* ☐ *Cosciente* ☐ *Non cosciente*

Evento avverso attribuibile ai materiali della preparazione

☐ Sospetto di materiali difettosi (definire)

☐ _____

Note

Data ____/____/____

Firma del segnalatore _____

Parte 2
(DA COMPILARE A CURA DEL MEDICO TRASFUSIONISTA)

Indagini eseguite _____

Note _____

Data ____/____/____

Firma del trasfusionista _____