

שדותי הדם של מ.ד.א.	מס' טופס : 06-041	מס' גירסה : 2	תאריך תוקף : 21/01/2019
מחלקה : חריגים	אשור אבטחת איכות :		

דיווח תעד ל - TRALI*

נא להעביר טופס זה לסמכות רפואית בשרותי הדם לפקס : 03-5300500

פרטים קליניים של המטופל/ת:

שם: _____ ת"ז: _____ גיל: _____ מין: נ / ז אבחנות קליניות: _____

מתלוק:

חולה לאחר ניתוח: כן / לא פירוט/הערות: _____

ממאירות ברקע: כן / לא פירוט/הערות: _____

עדות לזיהום: כן / לא פירוט/הערות: _____

תסמונת ARDS תוך > 6 שעות ממתן מרכיב דם: כן / לא פירוט/הערות: _____

סימני עומס נוזליים: כן / לא פירוט/הערות: _____

תפליטים דו"צ בעילום חזה: _____

חיפוקסמיה, סטורציה > 90% או $F_{iO_2}/PaO_2 < 30$ באוויר חדר: כן / לא פירוט/הערות: _____

נזק ריאתי אחרי/קודם למתן מרכיבי הדם: כן / לא פירוט/הערות: _____

ברקורת מעבדה שנלקחו בזמן האירוע:

WBC: _____ C3: _____

שם המדווח/ת: _____ חתימה: _____ תאריך: _____

למילוי עיוני בנק הדם של ביה"ח:		למילוי בשרותי הדם	
סוג מרכיב	מס' מנה	נשלח לפירור למעבדה:	בתאריך
1			
2			
3			
4			
5			

למילוי עיוני בנק הדם של ביה"ח:		למילוי בשרותי הדם	
סוג מרכיב	מס' מנה	נשלח לפירור למעבדה:	בתאריך
1			
2			
3			
4			
5			

* הנחיות ללקיחת מבחנות מהמטופל: 1 מבחנת EDTA (פקק סמול) 7 מ"ל - **בקרוב**

ברור שאלו תורים: נבדק ע"י: _____ נשלח מכתב תשובה בתאריך: _____ תאריך: _____