

05/10/2018 תאריך תוקף:	גירסה מס' 5	מס' טופס: 06-022	שרותי הדם של מ.ד.א.
	אשור אבטחת איכות:		מחלקה: חריגים

דיווח חשד לזיהום מרכיב דם

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

שם מדווח: _____ ביה"ח: _____ תאריך: _____

פרטי המטופל: שם _____ מס' ת.ז. _____ מס' ת.ז. _____ מין: _____ נ / ז _____ גיל: _____

אבחנות קליניות: _____

פרטי המקרה: _____

תאריך ושעת מתן העירווי: תאריך _____ שעה _____

תופעות הופיעו תוך _____ שעות / דקות ממתן מרכיב הדם

למילוי ע"י בית-החולים	
מס' מנה	סוג מרכיב

תוצאות ראשוניות: תרבית דם של המרכיב בבית החולים (משקית מקורית בלבד): _____

תוצאות תרבית דם של מקבל העירווי: _____

תוצאות סופיות: _____

נא לצרף את תוצאות המעבדה.