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

דיווח חשד ל – TRALI*

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

פרטים קליניים של המטופל/ת:

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

מחלקה: _____

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

ממאירות ברקע: לא / כן פירוט/הערות: _____

עדות לזיהום: לא / כן פירוט/הערות: _____

תסמונת ARDS תוך <6 שע' ממתן מרכיב דם: לא / כן פירוט/הערות: _____

סימני עומס נוזלים לא / כן פירוט/הערות: _____

תפליטים דו"צ בצילום חזה: לא / כן פירוט/הערות: _____

היפוקסמיה, סטורציה <90% או $F_1O_2/PaO_2<30$ באוויר חדר: לא / כן פירוט/הערות: _____

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

בדיקות מעבדה שנלקחו בזמן האירוע:

WBC: _____ C_3: _____ BNP: _____

שם המדווח/ת: _____ בי"ח: _____ תאריך: _____ חתימה: _____

	למילוי ע"י בנק הדם של ביה"ח:		למילוי בשירותי הדם		
	סוג מרכיב	מס' מנה	נשלח לבירור למעבדה:	בתאריך	תוצאה
1					
2					
3					

	למילוי ע"י בנק הדם של ביה"ח:		למילוי בשירותי הדם		
	סוג מרכיב	מס' מנה	נשלח לבירור למעבדה:	בתאריך	תוצאה
4					
5					
	כן / לא	נשלחה דגימה ממקבל העירוי			

* **הנחיות ללקיחת מבחנות מהמטופל:** 1 מבחנה EDTA (פקק סגול) 7 מ"ל – **בקירור**

ברור שאלוני תורם: נבדק ע"י: _____ תאריך _____ **נשלח מכתב תשובה בתאריך:** _____