

## SCHEDA DI RILEVAZIONE DI EVENTI AVVERSI

(da restituire al SIT alla rilevazione dell'evento avverso)

### DA COMPILARE A CURA DEL MEDICO CHE HA RILEVATO L'EVENTO

Paziente \_\_\_\_\_

Diagnosi \_\_\_\_\_

Struttura \_\_\_\_\_

Etichetta anagrafica  
paziente

Codice e tipo prodotto	Data e ora preparazione	Data e ora applicazione

#### Sintomi della reazione

<input type="checkbox"/> Prurito	<input type="checkbox"/> Shock
<input type="checkbox"/> Orticaria	<input type="checkbox"/> Cianosi
<input type="checkbox"/> Anafilassi	<input type="checkbox"/> Dispnea
<input type="checkbox"/> Brividi	<input type="checkbox"/> Nausea vomito
<input type="checkbox"/> Febbre (aumento >2° C)	<input type="checkbox"/> Dolore toracico
<input type="checkbox"/> Reazione vasomotoria	<input type="checkbox"/> Tachicardia
<input type="checkbox"/> Ipotensione	<input type="checkbox"/> Altro _____

#### Gravità

#### Persistenza della sintomatologia

<input type="checkbox"/> Nessun sintomo	<input type="checkbox"/> Risoluzione entro 24 ore
<input type="checkbox"/> Sintomatologia lieve (nessun intervento terapeutico)	<input type="checkbox"/> Risoluzione entro pochi giorni
<input type="checkbox"/> Sintomatologia con necessità di intervento terapeutico	<input type="checkbox"/> Risoluzione completa entro 6 mesi

#### Anamnesi

---

#### Farmaci somministrati al paziente

---

#### Stato del paziente

---



<input type="checkbox"/>	<b>Cosciente e collaborante</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Cosciente</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Non cosciente</b>
--------------------------	---------------------------------	--------------------------	------------------	--------------------------	----------------------

**Evento avverso attribuibile ai materiali utilizzati nella preparazione del prodotto**

Sospetto di materiali difettosi

**Note**

Data segnalazione \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Firma del segnalatore\_\_\_\_\_

---

**DA COMPILARE A CURA DEL MEDICO TRASFUSIONISTA**

**Indagini eseguite**

**Note**

Data compilazione \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma del medico trasfusionista

\_\_\_\_\_