

## راهنمای تکمیل نسخه جدید فرم گزارش عوارض ناخواسته احتمالی بعد از تزریق

### خون و فرآورده‌های آن به شماره 00.HV.007.FRM/02

تمامی قسمت‌های فرم قبل از ارسال به صورت کامل، خوانا و صحیح تکمیل شود. توجه به موارد ذیل ضروری است.

#### ۱- مشخصات بیمار:

- نام و نام خانوادگی به طور کامل و خوانا وارد شود.
- تاریخ تولد به صورت (روز/ماه/سال) درج شود.
- نام مرکز درمانی به صورت کامل نوشته شود.
- منظور از بخش: بخشی است که بیمار در آن دچار عارضه شده است.
- منظور از استان و شهر، استان و شهری است که مرکز درمانی در آن واقع است.
- کد ملی به صورت کامل همراه صفرهای قبل و بدون خط فاصله وارد گردد.

#### ۲- وضعیت بالینی:

- در قسمت علت نیاز به خون یا فرآورده، گزینه و یا گزینه‌هایی انتخاب شود که منجر به عارضه شده است. در مواردی که چند نوع فرآورده هم‌زمان تزریق شده‌اند، چند مورد را می‌توانید انتخاب کنید.
- سابقه حاملگی و یا سقط جنین برای ایجاد آنتی‌بادی‌های همولیز دهنده اهمیت دارد حتی اگر مربوط به سالیان پیش باشد: در این صورت گزینه‌های بلی و بیشتر از سه ماه گذشته انتخاب شود. در مورد بیماری که اکنون حامله است یا سقط و یا زایمان در کمتر از سه ماه گذشته داشته است، گزینه‌های بلی و در کمتر از سه ماه گذشته انتخاب شود.
- در بخش تاریخچه بیماری، تمامی موارد مربوط به سابقه بیمار است. دقت در ذکر سوابق بیماری از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است.
- منظور از سابقه تزریق خون، سابقه تزریق خون و یا فرآورده خونی در طول عمر می‌باشد.
- در صورتی که بیمار سابقه تزریق خون (با تعریف بالا) را داشته باشد، حتماً سابقه قبلی واکنش به تزریق خون ذکر شود. اگر قبلاً تزریق خون و یا فرآورده خونی نداشته است، در قسمت سابقه قبلی واکنش به تزریق خون، خیر انتخاب شود.
- در صورتی که بیمار سابقه مصرف آنتی‌بیوتیک دارد، نام آنتی‌بیوتیک و تاریخ و زمان اتمام یا مصرف آخرین دُز آن ثبت شود.

### ۳- مشخصات و شرایط فرآورده‌های تزریقی:

بایستی شماره تمامی کیسه‌های تزریق شده در فاصله ۲۴ ساعت قبل از بروز عارضه ثبت شود. شماره کیسه به صورت کامل مانند 050012937024 ثبت گردد. گروه خون و Rh کیسه‌های تزریق شده به تفکیک ثبت شود.

- گروه خون و Rh کیسه منجر به عارضه حتماً مشخص شود.

- تاریخ انقضا خون و یا فرآورده منجر به عارضه و تاریخ تزریق آن به طور کامل و دقیق ثبت شود (شامل روز/ماه/سال)

- در قسمت شماره کیسه منجر به عارضه، فقط شماره کیسه منجر به عارضه خون ثبت شود و در صورتی که چند کیسه هم‌زمان تزریق شده است، توضیح دهید که به این دلیل شماره کیسه قابل تشخیص نیست.

- شیفت ساعت شروع تزریق کیسه منجر به عارضه را مشخص کنید که از ۷ صبح تا ۱۹ و یا ۱۹ تا ۷ صبح روز بعد بوده است.

- در بخش ساعت قطع تزریق کیسه منجر به عارضه خون، منظور پایان تزریق و یا قطع تزریق به علت بروز عارضه است. یعنی اگر بروز عارضه قبل از پایان تزریق رخ داده است، ساعت قطع تزریق ثبت شود و در صورتی که بروز عارضه بعد از اتمام تزریق رخ داده باشد، ساعت پایان تزریق ذکر شود.

- منظور از حجم تزریق شده، حجمی از کیسه منجر به عارضه خون است که تا زمان بروز عارضه تزریق شده است. با توجه به این که فرم نظارت تزریق برای RBC، تک‌تک پر می‌شود؛ لذا در صورتی که فرآورده RBC باشد، حجم تزریق و ساعت شروع و پایان تزریق برای همان کیسه منجر به عارضه باید پر شود (فقط یک کیسه). در مورد پلاکت، FFP و فرآورده‌هایی که چند تا با هم در یک فرم نظارت پر می‌شوند، می‌توان حجم و ساعت شروع و قطع تزریق را برای همان چند کیسه‌ای که تا زمان بروز عارضه از یک فرم نظارت تزریق شده ذکر نمود.

- در پاسخ سوال "آیا بیمار از محل تزریق خون، دارو یا محلول تزریقی دیگری به جز نرمال سالین به طور هم‌زمان دریافت کرده است؟" پاسخ خیر است مگر این که از همان line و به طور هم‌زمان تزریقی به جز نرمال سالین داشته باشد.

- در قسمت سوم بخش دوم (نام انواع فرآورده آورده شده)، لازم است نوع فرآورده منجر به عارضه مشخص شود (برای Packed Cell، گزینه RBC را مشخص کنید). کامل‌ترین عنوان را استفاده نمایید. اگر عنوان فرآورده مورد نظر در لیست نیست، سایر فرآورده‌ها را علامت زده و نامش را یادداشت کنید.

#### ۴- علایم، نشانه‌های بالینی و نتایج آزمایشگاهی:

- علایم و نشانه‌های بالینی، فقط در صورتی که در هنگام تزریق و یا پس از آن ایجاد شوند و یا تشدید گردند، بایستی ثبت شوند و علایم و نشانه‌هایی که قبل از تزریق هم بوده و تشدید نشده نباید علامت زده شوند. در صورتی که علایم و نشانه‌های دیگری رخ دهد که در این قسمت به آنها اشاره نشده است، در قسمت سایر علایم ذکر شود.

- جدول علایم حیاتی بیمار حتماً بر اساس مندرجات فرم نظارت پر شود. اطلاعات جدول شامل علایم قبل و بعد از تزریق است. منظور از قبل از تزریق دقیقاً قبل از شروع تزریق و منظور از علایم بعد از تزریق، علایم مربوط به زمان بروز عارضه است و تعاریف کنار جدول باید با مندرجات جدول مطابقت داشته باشد (تعاریف کنار جدول مربوط به بالغین است). مثال: اگر در فرد بالغ بر اساس جدول، افزایش برابر و یا بیش از ۳۰ میلیمتر جیوه در فشار سیستول و یا دیاستول وجود داشته باشد، می‌توان گزینه افزایش فشار خون را علامت زد.

- نتایج رادیوگرافی قفسه صدری و آزمایش فقط در صورتی که غیر طبیعی است و بعد از عارضه ایجاد شده و یا بیشتر شده ثبت شود.

- در قسمت نتایج آزمایشگاهی، نتایج گروه‌بندی خون قبل از تزریق برای تمام موارد چک می‌شود، لذا حتماً ثبت شود. نتیجه آزمایش کراس‌مچ قبل از تزریق که برای تمام واحدهای RBC انجام می‌شود، لذا باید در تمام موارد استفاده از RBC ثبت گردد. در تمام موارد عارضه باید گروه خون بیمار مجدداً چک شود و در صورت عارضه با RBC هم باید گروه خون و کراس‌مچ هر دو تکرار گردد و بخش "بعد از تزریق" کامل شود. نتایج کراس‌مچ فقط به صورت سازگار و یا ناسازگار وارد شود و در صورت عدم انجام، خالی بماند. نتایج DAT و غربالگری آنتی‌بادی (Ab Screening) به صورت "منفی" و یا "مثبت" وارد شود (از گذاشتن علایم + و یا - خودداری گردد).

- در قسمت علایم آزمایشگاهی و نتایج X-Ray و کشت خون، فقط در صورتی که آزمایش‌ها پس از وقوع عارضه انجام شده‌اند، نتایج آنها در این فرم ثبت شود.

- نتایج سایر تست‌های آزمایشگاهی مرتبط با عارضه، فقط در صورت انجام حتماً ذکر شوند. در صورت غیر طبیعی بودن نتایج، مقادیر قبل از تزریق در صورت وجود، جهت مقایسه قید شوند.

**توجه:**

در بالای صفحه ۲، تمامی موارد حتی آنهایی که تکراری هستند، بایستی به صورت کامل و خوانا تکمیل شوند.

## ۵- تشخیص و شدت نوع عارضه:

- در قسمت تشخیص نوع عارضه (الف)، فقط یک مورد که با علائم بیمار همخوانی بیشتری دارد علامت زده شود. در صورت انتخاب گزینه‌هایی که با فلش (\*) به گزینه بعدی مرتبط گردیده‌اند، انتخاب گزینه بعدی نیز الزامیست.

- در قسمت ب، شدت عارضه توسط پزشک هموویتلانس و پس از مشورت با پزشک ارشد هموویتلانس بیمارستان مشخص شود.

## ۶- اقدامات درمانی انجام شده:

در این بخش، تمامی اقدام‌های درمانی که پس از عارضه و در ارتباط با آن انجام شده مشخص شود (توسط پزشک معالج).

## ۷- قابلیت استناد عارضه و وضعیت بالینی بیمار:

در بخش هفتم برای همه عوارض، میزان قابلیت استناد عارضه و وضعیت بالینی بیمار پس از اتمام اقدامات درمانی تکمیل شود (توسط پزشک هموویتلانس و با مشورت پزشک ارشد هموویتلانس بیمارستان).

## ۸- وضعیت بررسی‌های انجام شده:

در این بخش، منظور آزمایش‌هایی است که برای تأیید تشخیص نوع عارضه دستور داده شده است. در ضمن، در این بخش نام و نام خانوادگی پزشک هموویتلانی که بیمار را در حین عارضه معاینه کرده است و همچنین پزشک ارشد هموویتلانس بیمارستان، ثبت و توسط هر دو مهر و امضا شود. تاریخ و ساعت گزارش نیز بابتی ثبت گردد (مربوط به زمانی که پزشک فرم را تکمیل می‌کند).

## ۹- دفتر هموویتلانس اداره کل انتقال خون:

بخش نهم مربوط به پزشک مسئول هموویتلانس اداره کل انتقال خون است. لازم است زمان بندی الگوریتم گزارش عوارض رعایت شود و قبل از ۴۸ ساعت، فرم عوارض توسط پزشک ارشد هموویتلانس بیمارستان تایید و به اداره کل انتقال خون استان از طریق دورنگار (فکس) و یا پست الکترونیکی (ایمیل) ارسال شود. لازم به ذکر است که حتماً دریافت فرم ارسالی به اداره کل را پیگیری کنید.

## تعاریف:

\* کیسه منجر به عارضه: کیسه خون و یا فرآورده‌ای است که در زمان شروع عارضه در حال تزریق بوده است. در صورتی که در زمان شروع عارضه، کیسه‌ای در حال تزریق نبود، آخرین کیسه تزریق شده را کیسه منجر به عارضه فرض می‌کنیم.

- حاد یا تأخیری بودن عارضه: در صورت بروز واکنش در ۲۴ ساعت اول از شروع تزریق، عارضه حاد و پس از ۲۴ ساعت، عارضه تأخیری محسوب می‌گردد.