

輸血副反応報告書

施設名: _____ 報告年月日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

報告者: 部署・所属: _____ 氏名: _____

電話: _____ FAX: _____ E-mail: _____

調査期間: _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ ヶ月間)

1: 血液製剤の使用量

	単位数	バッグ数
RC-MAP	単位	本
FFP	単位	本
PC	単位	本

2: 副反応の発生件数

副反応項目	副反応件数		
	RC-MAP	FFP	PC
A) 非溶血性副反応(発生件数)	件	件	件
1) 発熱	件	件	件
2) 悪寒・戦慄	件	件	件
3) 熱感・ほてり	件	件	件
4) 掻痒感・かゆみ	件	件	件
5) 発赤・顔面紅潮	件	件	件
6) 発疹・蕁麻疹	件	件	件
7) 呼吸困難	件	件	件
8) 嘔気・嘔吐	件	件	件
9) 胸痛・腹痛・腰背部痛	件	件	件
10) 頭痛・頭重感	件	件	件
11) 血圧低下	件	件	件
12) 血圧上昇	件	件	件
13) 動悸・頻脈	件	件	件
14) 血管痛	件	件	件
15) 意識障害	件	件	件
16) 血尿(ヘモグロビン尿)	件	件	件
17) その他	件	件	件
重症アレルギー反応	件	件	件
TRALI	件	件	件
輸血関連循環過負荷(TACO)	件	件	件
輸血後GVHD	件	件	件
輸血関連紫斑病(PTP)	件	件	件
B) 溶血性副反応(発生件数)	件	件	件
急性溶血	件	件	件
遅延性溶血	件	件	件
C) 輸血後感染症(発生件数)	件	件	件
HBV	件	件	件
HCV	件	件	件
HIV	件	件	件
細菌	件	件	件
その他	件	件	件
D) 副反応総発生件数	件	件	件

注: 件数は全てバッグ当たりとします。ただし、A)の症状項目のみは重複可とします。