

	<b>SCHEDA DI REAZIONE INDESIDERATA AFERESI TERAPEUTICA</b>	<b>P.Q. AFERESI/M6</b> Rev.0 20/06/2023
---	--	---

N° progressivo Interno: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Nome paziente \_\_\_\_\_

Sesso: M ( ) F ( )      Età: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Reparto: \_\_\_\_\_ Presidio \_\_\_\_\_

Tipologia procedura: Scambio Plasmatico ( ), Eritroexchange ( ), Citoaferesi riduttiva ( ), Staminoaferesi ( )

Altro ( ) \_\_\_\_\_

Procedura completata:            sì ( ), no ( )            Procedure pregresse: no ( ) sì ( ), quante \_\_\_\_\_

Segni vitali: PA (mmHg):                    basale \_\_\_\_\_ inizio \_\_\_\_\_ fine \_\_\_\_\_

  Frequenza (batt/min):            basale \_\_\_\_\_ inizio \_\_\_\_\_ fine \_\_\_\_\_

**Reazioni/Sintomi:**

<b>Reazione lieve</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	<b>Reazione media</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	<b>Reazione grave</b>	<input checked="" type="checkbox"/>
<i>Ipocalcemia sintomatica (HS)</i>		<i>Reazione allergica/ipersensibilità (RA)</i>		<i>Collasso (CL)</i>	
<i>Coagulazione circuito (CC)</i>		<i>Disturbi digestivi, vomito (VO)</i>		<i>Vaso-vagale (RVV)</i>	
<i>Ematoma in sede di puntura (HP)</i>		<i>Febbre con brivido (FF)</i>		<i>Emolisi (HE)</i>	
<i>Insufficienza di portata/interruzione (ID)</i>		<i>Disturbi del ritmo o della conduzione (TR)</i>			
<i>Altro (descrizione)</i>					

**TERAPIA PRATICATA:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**DURATA DEI SINTOMI:** \_\_\_\_\_ **ESITO:** \_\_\_\_\_

**NOTE:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Firma dell'Infermiere**

\_\_\_\_\_

**Firma del Medico**

\_\_\_\_\_