

Denna blankett ska användas för anmälan av allvarlig biverkning enligt 9 kap. 2 §.

Del 1 ska användas när biverkningen upptäckts (preliminär anmälan).

Del 2 ska användas efter avslutad utredning av biverkningen (slutlig anmälan).

**Inspektionen för vård och omsorg**

**Blodverksamhet**

Namn på blodcentralen		
Utdelningsadress		
Postnummer	Postort	
Telefon (inkl. riktnummer)	Fax (inkl. riktnummer)	E-postadress
Uppgiftslämnarens namn		

**Allvarlig biverkning**

Datum för transfusion (år/månad/dag)	Datum för allvarlig biverkning (år/månad/dag)	Ert diarienummer	Blodmottagarens kön och ålder
--------------------------------------	---	------------------	-------------------------------

**Del 1 Preliminär anmälan**

Datum (år/månad/dag)

Biverkningen är anmäld enligt lex Maria    Ja     Nej     Vet ej

**Den allvarliga biverkningen avser**

Erythrocyter     Trombocyter     Plasma    Annat, specificera .....

**Biverkningar**

<input type="checkbox"/> Immunologisk hemolys p.g.a. ABO-inkompatibilitet
<input type="checkbox"/> Immunologisk hemolys p.g.a. andra allo-antikroppar
<input type="checkbox"/> Icke immunologisk hemolys
<input type="checkbox"/> Transfusionsöverförd bakterieinfektion
<input type="checkbox"/> Anafylaktisk reaktion/överkänslighet
<input type="checkbox"/> Transfusionsrelaterad akut lungskada (TRALI)
<input type="checkbox"/> Transfusionsöverförd virusinfektion (HBV)
<input type="checkbox"/> Transfusionsöverförd virusinfektion (HCV)
<input type="checkbox"/> Transfusionsöverförd virusinfektion (HIV 1, HIV 2)
<input type="checkbox"/> Annan transfusionsöverförd virusinfektion, specificera .....
<input type="checkbox"/> Transfusionsöverförd parasitinfektion (malaria)
<input type="checkbox"/> Annan transfusionsöverförd parasitinfektion, specificera .....
<input type="checkbox"/> Posttransfusionspurpura (PTP)
<input type="checkbox"/> Graft-versus-host reaktion (GvHD)
<input type="checkbox"/> Andra allvarliga reaktioner, specificera .....

