



MINISTERUL TRANSPORTURILOR ȘI INFRASTRUCTURII

SPITALUL CLINIC CĂI FERATE IAȘI

Iași, Cod 700506, Str. Garabet Ibrăileanu, Nr. 1, C.I.F.: 4981239, E-mail: secretariat@spitalcfiasi.ro

Tel.: 0232/216422 Secretariat Tel./Fax: 0232/264013 Web: www.spitalcfiasi.ro

GESTIONAREA, RAPORTAREA ȘI INVESTIGAREA ERORILOR TRANSFUZIONALE/ INCIDENTELOR ADVERSE TRANSFUZIONALE

PO-UTS-26

NOTĂ:

Acest document este proprietatea intelectuală a Spitalului Clinic Căi Ferate Iași.

Reproducerea integrală sau parțială a acestui document este permisă numai cu acordul prealabil scris și înregistrat al managerului spitalului.

Constituie abatere disciplinară necunoașterea și/sau neaplicarea întocmai a cerințelor prezentului document.

Aceasta abatere va fi sancționată conform art. 247, 248 și art. 250-252 din Codul Muncii, actualizat.

Revizii

Revizia acestui document se face ținând cont de rezultatele implementării indicatorilor de monitorizare de structura, proces, rezultatelor obținute, modificări legislative, modificări de circuite, reorganizări interne, etc.

Revizia nu este obligatorie decât dacă se îndeplinesc cel puțin unul dintre criteriile sus menționate.



SPITALUL CLINIC
CĂI FERATE IAȘI

GESTIONAREA, RAPORTAREA ȘI INVESTIGAREA ERORILOR TRANSFUZIONALE/ INCIDENTELOR ADVERSE TRANSFUZIONALE

Cod: PO-UTS-26

Ed.: II

Rev.: 1

Pag.: 1/8

Situația edițiilor și a reviziilor în cadrul edițiilor procedurii operaționale

Nr crt	Ediția/ revizia în cadrul ediției	Componența revizuită	Modalitatea reviziei	Data la care se aplică prevederile ediției sau reviziei ediției
1	I/0	X	X	08.09.2016
2	II/0	Integral	Modificare machetă, actualizare legislație	16.08.2022
3	II/1	Integral	Actualizare legislație, completare conținut	09.07.2025

Lista responsabililor cu elaborarea, verificarea și aprobarea ediției sau, după caz, a reviziei în cadrul ediției procedurii operaționale

Nr crt.	Elaborat / verificat / avizat / aprobat	Nume și prenume	Funcția	Semnătura	Data
1	Elaborat	Dr. Simona Virginia Nicolescu	Medic primar ATI Responsabil cu calitatea UTS		30.06.2025
		As. Oana Rusu	As. responsabil UTS		30.06.2025
		Băhnăreanu Andreea	RMC		30.06.2025
2	Verificat	Dr. Iulia Andreea Mihălcuț	Medic coordonator UTS		1.07.2025
3	Avizat	Dr. Cătălina Ciolpan	Director medical		03.07.2025
4	Avizat juridic	Rotaru Alexandra-Florentina	Consilier juridic		03.07.2025
5	Aprobat	Dr. Mihai Glod	Manager		03.07.2025

Exemplar nr.: Intranet





SPITALUL CLINIC
CĂI FERATE IAȘI

GESTIONAREA, RAPORTAREA ȘI INVESTIGAREA ERORILOR TRANSFUZIONALE/ INCIDENTELOR ADVERSE TRANSFUZIONALE

Cod: PO-UTS-26

Ed.: II

Rev.: 1

Pag.: 2/8

CUPRINS

1. SCOP
2. DOMENIU DE APLICARE
3. DEFINIȚII ȘI ABREVIERI
 - 3.1. Definiții ale termenilor
 - 3.2. Abrevieri ale termenilor
4. DOCUMENTE DE REFERINȚĂ
5. DESCRIEREA PROCEDURII
 - 5.1. Considerații generale
 - 5.2. Identificarea erorilor
 - 5.3. Gestionarea erorilor- măsuri corective
 - 5.4. Raportarea și investigarea erorilor transfuzionale/incidentelor adverse transfuzionale
 - 5.5. Consemnarea în documentele medicale a datelor referitoare la incidentele adverse
6. RESPONSABILITĂȚI
7. EVIDENȚE ȘI ÎNREGISTRĂRI
8. ANEXE
9. DIFUZARE
10. INDICATORI DE MONITORIZARE



SPITALUL CLINIC
CĂI FERATE IAȘI

GESTIONAREA, RAPORTAREA ȘI INVESTIGAREA ERORILOR TRANSFUZIONALE/ INCIDENTELOR ADVERSE TRANSFUZIONALE

Cod: PO-UTS-26

Ed.: II

Rev.: 1

Pag.: 3/8

1. SCOP

- 1.1. Definirea și clasificarea erorilor ce pot apărea în activitatea transfuzională.
- 1.2. Stabilirea unui set de măsuri corective în vederea gestionării erorilor transfuzionale/incidentelor adverse transfuzionale
- 1.3. Stabilirea modului de înregistrare, raportare și investigare a erorilor transfuzionale/incidentelor adverse transfuzionale.

2. DOMENIU DE APLICARE

- 2.1. Procedura se aplică în UTS și în toate secțiile Spitalului Clinic Căi Ferate Iași în care se efectuează transfuzie sanguină.
- 2.2. Activitate procedurală: gestionare, înregistrare, raportare, investigare incidente adverse transfuzionale.

3. DEFINIȚII ȘI ABREVIERI

3.1. Definiții

3.1.1. Incident advers grav:

- înseamnă orice incident negativ asociat cu recoltarea, testarea, prelucrarea, depozitarea și distribuirea sângelui și a componentelor sanguine care ar putea duce la moarte, ar putea pune în pericol viața sau produce invaliditatea sau o stare de incapacitate a pacienților sau care are ca rezultat sau prelungește spitalizarea sau morbiditatea (art. 3 din *Directiva 2002/98/CE*)
- orice incidente adverse grave (accidente și erori) legate de recoltarea, testarea, prelucrarea, depozitarea și distribuirea sângelui și a componentelor sanguine care pot influența calitatea și securitatea acestora, precum și orice reacții adverse grave observate în decursul sau ca urmare a transfuziei, care pot fi atribuite calității și securității sângelui și a componentelor sanguine **trebuie raportate către instituțiile competente** (art. 15 din *Directiva 2002/98/CE*)

3.1.2. Eveniment advers – orice incident sau eroare asociate cu activitățile ce pot afecta calitatea sau siguranța sângelui și a componentelor sanguine într-o manieră care implică un risc de vătămare pentru pacient (primitor – persoana care a beneficiat de transfuzie) (**Guide to the preparation, use and quality assurance of blood components, 22nd Edition, 2025**)

3.1.3. Eroare – orice abatere de la procedurile standard de operare, în oricare din etapele procesului transfuzional, în care este implicat factorul uman și care poate pune în pericol siguranța transfuzională a pacientului.

3.1.4. Siguranță transfuzională - Asigurarea produsului potrivit, pacientului potrivit, la momentul potrivit, în condiții de siguranță, în conformitate cu reglementările în vigoare.

3.2. Abrevieri:

- 3.2.1. CTS = Centrul de Transfuzie Sanguină
- 3.2.2. DSP = Direcția de Sănătate Publică
- 3.2.3. EAAAM = Evenimente adverse asociate asistenței medicale
- 3.2.4. FOCG = Foaia de observație clinică generală
- 3.2.5. UTS = Unitatea de Transfuzie Sanguină a Spitalului Clinic Căi Ferate Iași

4. DOCUMENTE DE REFERINȚĂ

- 4.1. **SR EN ISO 9000:2015** - Sisteme de Management al Calității. Principii fundamentale și vocabular
- 4.2. **SR EN ISO 9001:2015** - Sisteme de management al calității. Cerințe.
- 4.3. **Lege nr. 282/2005, republicată în 2014** - Lege privind organizarea activității de transfuzie sanguină, donarea de sânge și componente sanguine de origine umană, precum și asigurarea calității și securității sanitare, în vederea utilizării lor terapeutice, cu modificările și completările ulterioare



SPITALUL CLINIC
CĂI FERATE IAȘI

GESTIONAREA, RAPORTAREA ȘI INVESTIGAREA ERORILOR TRANSFUZIONALE/ INCIDENTELOR ADVERSE TRANSFUZIONALE

Cod: PO-UTS-26

Ed.: II

Rev.: 1

Pag.: 4/8

4.4. OMS nr. 1.228/2006 – Ordin al ministrului sănătății publice pentru aprobarea Normelor privind organizarea sistemului de hemovigilență, de asigurare a trasabilității, precum și a regulamentului privind sistemul de înregistrare și raportare în cazul apariției de incidente și reacții adverse severe legate de colecta și administrarea de sânge și de componente sanguine umane

4.5. OMS nr. 1.224/2006 - Ordin al ministrului sănătății publice pentru aprobarea Normelor privind activitatea unităților de transfuzie sanguină din spitale

4.6. OMS nr. 1.297/2025 - Ordin al ministrului sănătății pentru aprobarea Normelor privind autorizarea funcționării și a activităților specifice domeniului transfuzional desfășurate la nivelul Institutului Național de Transfuzie Sanguină "Prof. Dr. C. T. Nicolau", al centrelor de transfuzie sanguină, precum și al unităților de transfuzie sanguină din cadrul unităților sanitare cu paturi

4.7. OMS nr. 329/2018 - Ordin al ministrului sănătății privind aprobarea Normelor și Cerințelor de bună practică cu privire la standardele și specificațiile pentru implementarea sistemului de calitate în unitățile sanitare care desfășoară activități în domeniul transfuziei sanguine

4.8. OMS nr. 446/2017 - Ordinul ministrului sănătății privind aprobarea Standardelor, procedurii și metodologiei de evaluare și acreditare a spitalelor

4.9. Ordin Președinte A.N.M.C.S. nr. 35/2018 - Ordinul Președintelui Autorității Naționale de Management al Calității în Sănătate pentru modificarea Ordinului Președintelui Autorității Naționale de Management al Calității în Sănătate nr. 8/2018 privind aprobarea instrumentelor de lucru utilizate de către Autoritatea Națională de Management al Calității în Sănătate în cadrul celui de al II-lea Ciclu de acreditare a spitalelor

4.10. OSGG nr. 600/2018 - Ordinul secretarului general al Guvernului privind aprobarea Codului controlului intern managerial al entităților publice

4.11. Directiva 2002/98/CE a Parlamentului European și a Consiliului Uniunii Europene din 27 ianuarie 2003 privind stabilirea standardelor de calitate și securitate pentru recoltarea, controlul, prelucrarea, stocarea și distribuirea sângelui uman și a componentelor sanguine și de modificare a Directivei 2001/83/CE

4.12. Guide to the preparation, use and quality assurance of blood components (22nd Edition, 2025) – European Committee on Blood Transfusion

5. DESCRIEREA PROCEDURII

5.1. Considerații generale

5.1.1. Orice erori, accidente sau abateri semnificative care pot afecta calitatea sau siguranța sângelui și a componentelor sanguine trebuie înregistrate, raportate și investigate, cu scopul de a identifica probleme în cadrul sistemului de hemovigilență care necesită corecție.

5.1.2. Erorile pot apărea în următoarele etape:

- la preluarea și emiterea comenzilor de sânge;
- la recepția pungilor de sânge și produse din sânge;
- în timpul derulării proceselor de depozitare;
- în timpul realizării tehnicilor transfuzionale.

5.1.3. Monitorizarea respectării procedurilor de lucru este esențială în prevenirea apariției incidentelor în activitatea transfuzională. De asemenea, efectuarea mai multor activități simultan poate reprezenta un factor în producerea incidentelor în activitatea transfuzională.

5.2. Identificarea erorilor

- erori la centralizarea comenzilor de produse de pe secții și emiterea comenzii către CRTS
- erori la transportul produselor de sânge
- erori la recepția și stocarea produselor de sânge
- erori de grup/Rh



SPITALUL CLINIC
CĂI FERATE IAȘI

GESTIONAREA, RAPORTAREA ȘI INVESTIGAREA ERORILOR TRANSFUZIONALE/ INCIDENTELOR ADVERSE TRANSFUZIONALE

Cod: PO-UTS-26

Ed.: II

Rev.: 1

Pag.: 5/8

- e) erori de compatibilitate
- f) erori de identificare a pacientului
- g) erori în administrarea transfuziei
- h) erori în întocmirea documentației aferente activității transfuzionale

5.3. Gestionarea erorilor - măsuri corective

5.3.1. erori la centralizarea comenzilor de produse de pe secții și emiterea comenzii către CRTS

- comenzile de sânge către CRTS se vor face în funcție de comenzile scrise și centralizate primite de pe secții
- cererile de sânge din partea secțiilor trebuie completate lizibil și corect
- cererile incomplete se returnează și se solicită altele noi

5.3.2. erori la transportul produselor de sânge

- produsele sanguine se pot degrada dacă nu sunt transportate corespunzător
- transportul produselor de sânge se va face cu prioritate
- se monitorizează temperatura produselor sanguine și se completează complet și lizibil termograma genților de transport

5.3.3. erori de recepție și stocare a produselor de sânge

- la recepția produselor trebuie să ne asigurăm că produsul cerut corespunde cu cel livrat și cu ceea ce este înscris pe bonul de livrare
- se verifică graficul de temperatură al genților de transport și aspectul macroscopic al fiecărui produs
- pentru orice neconcordanță (etichetă dezlipită, lipsă etichetă produs, alt produs decât cel cerut) se va contacta de urgență serviciul de livrări al CRTS pentru remedierea problemei
- termogramele agregatelor frigorifice se monitorizează în permanență. Orice abatere de la intervalul presetat se consemnează și se anunță de urgență medicul UTS

5.3.4. erori de grup sanguin

- pot fi incriminate: proba de sânge, reactivii utilizați sau eroarea de tehnică
- se va cere o nouă probă de sânge
- se va efectua testarea de către 2 persoane diferite
- se va folosi micrometoda pentru determinarea grup /Rh
- se va face controlul reactivilor

5.3.5. erori de compatibilitate

- se recoltează o probă nouă de la pacient și se determină din nou grupul și Rh- ul
- se efectuează din nou proba de compatibilitate,
- se vor testa și alte unități dacă este cazul, cu fenotip compatibil
- dacă situația nu se poate soluționa la nivelul UTS (pacienți politransfuzati, cu boli autoimune sau cu autoanticorpi), se solicită sprijinul CRTS pentru testări suplimentare, eventual livrare de sânge compatibilizat în urma testării cu proba pacientului
- se anunță medicul prescriptor cu privire la problema întâmpinată și se încearcă găsirea unității de sânge cea mai potrivită pentru pacient

5.3.6. erori de identificare a pacientului

- se confruntă datele înscrise pe eticheta de compatibilitate cu cele din foaia de observație și brățara de identificare a pacientului
- în caz de neconcordanță, produsul sanguin nu se administrează și se anunță urgent UTS



SPITALUL CLINIC
CĂI FERATE IAȘI

GESTIONAREA, RAPORTAREA ȘI INVESTIGAREA ERORILOR TRANSFUZIONALE/ INCIDENTELOR ADVERSE TRANSFUZIONALE

Cod: PO-UTS-26

Ed.: II

Rev.: 1

Pag.: 6/8

5.3.7. erori în administrarea transfuziei

- monitorizarea și consemnarea în *Fișa pacientului transfuzat* a stării pretransfuzionale a pacientului
- efectuarea dublei identificări – pungă pacient și a controlului ultim pretransfuzional la patul pacientului, înainte de administrarea transfuziei
- respectarea timpilor de administrare pentru fiecare tip de produs sanguin în parte

5.3.8. erori în întocmirea documentației aferente activității transfuzionale

- înregistrările se vor face complet și lizibil
- nu se vor efectua activități simultan
- persoana care face înregistrările nu va fi întreruptă în timpul activității

5.4. Raportarea și investigarea erorilor transfuzionale/incidentelor adverse transfuzionale

5.4.1. Etape în raportare și investigare:

- a) Raportare inițială – personalul medical (medic/asistent medical) care a constatat apariția incidentului advers anunță medicul coordonator UTS.
- b) Medicul coordonator UTS completează *Formularul de raportare rapidă a incidentelor adverse severe (PO-UTS-26/F1)*. Formularul se va păstra în trei exemplare dintre care: un formular rămâne în UTS și un formular este trimis la CTS și DSP.
- c) Medicul coordonator UTS propune convocarea Comisiei de transfuzie și hemovigilență în situația apariției incidentelor adverse în vederea demarării investigației.
- d) Comisia de transfuzie și hemovigilență transmite *Formularul de raportare rapidă a incidentelor adverse severe și Formularul de confirmare pentru incidente adverse severe (PO-UTS-26/F2)* către CTS și DSP.
- e) Rezultatele în urma investigării incidentului advers sunt diseminate cu personalul medical.

5.4.2. Incidentele adverse se înregistrează în registrele aferente UTS.

5.4.3. Incidentele adverse transfuzionale sunt raportate și ca EAAAM conform procedurii interne.

5.4.4. Documentația cu privire la investigarea incidentelor adverse severe și reacțiilor adverse severe trebuie păstrată pe o durată de cel puțin 15 ani.

5.5. Consemnarea în documentele medicale a datelor referitoare la incidentele adverse

5.5.1. În FOCG (secțiunea evoluție și tratament) și *Biletul de externare/Scrisoarea medicală* se consemnează apariția incidentelor adverse transfuzionale.

5.5.2. Apariția incidentelor adverse se consemnează și în *Planul de îngrijire* de pe secție, secțiunea „Probleme neprevăzute apărute pe perioada spitalizării”.

6. RESPONSABILITĂȚI

6.1. Medic UTS

- ▶ completează *Formularul de raportare rapidă a incidentelor adverse severe*
- ▶ propune convocarea Comisiei de transfuzie și hemovigilență în situația apariției reacțiilor adverse în vederea demarării investigației
- ▶ păstrează evidența reacțiilor și complicațiilor posttransfuzionale, în calitate de coordonator local în cadrul sistemului național de hemovigilență
- ▶ ia măsuri pentru prevenirea și aplicarea de urgență a tratamentului necesar pacienților la care apar reacții adverse severe și/sau incidente adverse severe posttransfuzionale
- ▶ răspunde de întocmirea completă și corectă a documentației existente în unitatea de transfuzie sanguină
- ▶ raportează incidentele adverse transfuzionale ca și EAAAM conform procedurii interne



SPITALUL CLINIC
CĂI FERATE IAȘI

GESTIONAREA, RAPORTAREA ȘI INVESTIGAREA ERORILOR TRANSFUZIONALE/ INCIDENTELOR ADVERSE TRANSFUZIONALE

Cod: PO-UTS-26

Ed.: II

Rev.: 1

Pag.: 7/8

- ▶ transmite către CTS și DSP *Formularul de raportare anuală a incidentelor adverse severe (PO-UTS-26/F3)*

6.2. Comisia de transfuzie și hemovigilență

- ▶ realizează investigarea cauzelor care au dus la apariția incidentelor adverse transfuzionale
- ▶ verifică dacă dosarul medical/foaia de observație al/a bolnavului cuprinde documentele menționate în anexa nr. 1 și, după caz, în anexa nr. 2 - partea A și în anexa nr. 3 - partea A la OMS nr. 1.228/2006 (art. 6 pct. 5 lit. I la OMS nr. 1.228/2006):
 - a) înregistrarea datelor referitoare la trasabilitate;
 - b) Formularul de raportare rapidă în cazul unei suspiciuni de reacții adverse severe
 - c) Formularul de raportare rapidă a incidentelor adverse severe
- ▶ transmite către CTS și DSP rapoartele conform anexelor la OMS nr. 1.228/2006 (art. 5 lit. e) și g) din OMS nr. 1.228/2006):
 - a) Formularul de raportare rapidă în cazul unei suspiciuni de reacții adverse severe
 - b) Formular de confirmare pentru reacții adverse severe
 - c) Formularul de raportare rapidă a incidentelor adverse severe
 - d) Formular de confirmare pentru incidente adverse severe

6.3. Personalul medical

- ▶ informează medicul coordonator UTS cu privire la apariția incidentelor adverse transfuzionale
- ▶ raportează incidentele adverse transfuzionale ca și EAAAM conform procedurii interne
- ▶ consemnează în documentele medicale apariția incidentelor adverse conform competențelor

6.4. Asistenți medicali UTS

- ▶ răspund de apariția reacțiilor adverse severe și a incidentelor adverse posttransfuzionale provocate de stocarea, manipularea necorespunzătoare a sângelui total și a componentelor sanguine sau de efectuarea greșită a testărilor pretransfuzionale
- ▶ întocmesc documentația pentru activitățile desfășurate
- ▶ înregistrează incidentele adverse în registrele aferente UTS

6.5. Asistenți medicali din secții

- ▶ în caz de reacții transfuzionale aplică procedurile standard de urgență și solicită medicul prescriptor sau medicul de gardă
- ▶ consemnează în Planul de îngrijire apariția incidentelor adverse transfuzionale

7. EVIDENȚE ȘI ÎNREGISTRĂRI

- 7.1. FOCG
- 7.2. Planul de îngrijire
- 7.3. Fișa pacientului transfuzat
- 7.4. Formular de raportare rapidă a incidentelor adverse severe
- 7.5. Formular de confirmare pentru incidente adverse severe
- 7.6. Formular de raportare anuală a incidentelor adverse severe
- 7.7. Procese-verbale Comisia de transfuzie și hemovigilență
- 7.8. Registre UTS

8. ANEXE

- 8.1. PO-UTS-26/F1 - Formular de raportare rapidă a incidentelor adverse severe
- 8.2. PO-UTS-26/F2 - Formular de confirmare pentru incidente adverse severe
- 8.3. PO-UTS-26/F3 - Formular de raportare anuală a incidentelor adverse severe



SPITALUL CLINIC
CĂI FERATE IAȘI

GESTIONAREA, RAPORTAREA ȘI INVESTIGAREA ERORILOR TRANSFUZIONALE/ INCIDENTELOR ADVERSE TRANSFUZIONALE

Cod: PO-UTS-26

Ed.: II

Rev.: 1

Pag.: 8/8

9. DIFUZARE

Procedura se difuzează pe baza Listei de difuzare, cod **PS 01/F3** sau prin sistemul intranet al spitalului.

Înregistrările generate de această activitate se păstrează / arhivează conform cerințelor SMC/SCIM implementat.

10. INDICATORI DE MONITORIZARE

- 10.1. În documentele medicale sunt înscrise informații privind incidentele adverse transfuzionale (Da/Nu)
- 10.2. Formulare de raportare a incidentelor adverse completate corect (Da/Nu)
- 10.3. Formulare de raportare a incidentelor adverse transmise către CTS și DSP (Da/Nu)
- 10.4. Nr. EAAAM în legătură cu activitatea transfuzională/nr. EAAAM înregistrate în Registrul EAAAM



SPITALUL CLINIC
CĂI FERATE IAȘI

FORMULAR DE RAPORTARE RAPIDĂ A INCIDENTELOR ADVERSE SEVERE

Cod: PO-UTS-26/F1

Ed.: II

Rev.: 1

Pag.: 1/1

ANTET SPITAL

Anexa 4, Partea A, Ordin MSP nr. 1.228/2006

Formularul de raportare rapidă a incidentelor adverse severe

Instituția raportoare: Spitalul Clinic Căi Ferate Iași				
Nr. de identificare a raportului:				
Data raportării (an/lună/dată):				
Data incidentului advers sever (an/lună/dată):				
Incident advers sever care poate afecta calitatea și securitatea componentei sanguine din cauza unei deviații în:	Specificația			
	Produs neconform	Eroare datorată echipamentului	Eroare umană	Altele (specificați)
Recoltarea sângelui total				
Recoltarea prin afereză				
Testarea unităților donate				
Procesare				
Stocare				
Distribuție				
Materiale				
Altele (specificați)				

Medic coordonator UTS

Semnătura



SPITALUL CLINIC
CĂI FERATE IAȘI

FORMULAR DE CONFIRMARE PENTRU INCIDENTE ADVERSE SEVERE

Cod: PO-UTS-26/F2

Ed.: II

Rev.: 1

Pag.: 1/1

ANTET SPITAL

Anexa 4, Partea B, Ordin MSP nr. 1.228/2006

Formularul de confirmare pentru incidente adverse severe

Instituția raportoare: Spitalul Clinic Căi Ferate Iași
Identificarea raportului:
Data confirmării:
Data incidentului advers sever:
Analiza cauzelor determinante (detalii):
Măsurile corective întreprinse (detalii):

Medic coordonator UTS

Semnătura



SPITALUL CLINIC
CĂI FERATE IAȘI

FORMULAR DE RAPORTARE ANUALĂ A INCIDENTELOR ADVERSE SEVERE

Cod: PO-UTS-26/F3

Ed.: II

Rev.: 1

Pag.: 1/1

ANTET SPITAL

Anexa 4, Partea C, Ordin MSP nr. 1.228/2006

Formularul de raportare anuală a incidentelor adverse severe

Instituția raportoare: Spitalul Clinic Căi Ferate Iași					
Perioada de raportare:	1 ianuarie – 31 decembrie / (anul)				
Nr. total de unități de sânge și componente sanguine procesate:					
Incident advers sever care poate afecta calitatea și securitatea componentei sanguine din cauza unei deviații în:	Nr. total	Specificația			
		Produs neconform	Eroare datorată echipamentului	Eroare umană	Altele (specificați)
Recoltarea sângelui total					
Recoltarea prin afereză					
Testarea unităților donate					
Procesare					
Stocare					
Distribuție					
Materiale					
Altele (specificați)					

Medic coordonator UTS

Semnătura