

Unerwünschte Nebenwirkungen, unerwünschte Reaktionen und Zwischenfälle nach Transfusion von Blutprodukten

- Meldung der Klinik an das Institut für Transfusionsmedizin (ITM) -

24h Rufnummer: 0201/ 723-1570

Dieses Formular bitte vollständig ausgefüllt (ggf. Rückseite oder Anlage benutzen) mit verschlossenem Restpräparat und post-transfusionell entnommenem Patientenblut (2 EDTA-Monovetten à 7,5 ml Blut) an das ITM (OZ II, Konservenausgabe) schicken.

Patient:	Bitte Etikett benutzen			Geschlecht: <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	Lfd.-Nr. ITM:
Name:				Grunderkrankung:	Indikation zur Transfusion:
Vorname:					
Geburtsdatum:					
Blutprodukte (ggf. Anlage beifügen)					
EK	TK	FFP	Chargen-Nr.: (Konserven-Service-Etikett)	Datum & Uhrzeit der Transfusion (von – bis)	
Begleitmedikation:					
Befunde des Empfängers:					
<input type="checkbox"/> Unwohlsein <input type="checkbox"/> Schweißausbruch <input type="checkbox"/> Schüttelfrost <input type="checkbox"/> Temperaturanstieg <input type="checkbox"/> >1°C <input type="checkbox"/> >2°C <input type="checkbox"/> Schwindelgefühl <input type="checkbox"/> Übelkeit <input type="checkbox"/> Erbrechen <input type="checkbox"/> Kopfschmerz		<input type="checkbox"/> Muskel-/Flankenschmerzen <input type="checkbox"/> Urticaria/Hautjucken <input type="checkbox"/> Dyspnoe <input type="checkbox"/> Bronchospasmus <input type="checkbox"/> Lungenödem <input type="checkbox"/> Tachykardie <input type="checkbox"/> <30/min <input type="checkbox"/> >30/min <input type="checkbox"/> Hypotonie syst. <input type="checkbox"/> <30mmHg <input type="checkbox"/> >30mmHg <input type="checkbox"/> Kollaps/Schock <input type="checkbox"/> _____		<input type="checkbox"/> Hämoglobinurie/ Anurie <input type="checkbox"/> Ikterus <input type="checkbox"/> Purpura/Blutungen <input type="checkbox"/> pulmonale Infiltrate (Rö-Diagnostik) <input type="checkbox"/> O ₂ -Sättigung <90% <input type="checkbox"/> abdominelle Schmerzen <input type="checkbox"/> Nierenschmerzen <input type="checkbox"/> Makrohämaturie <input type="checkbox"/> _____	
Verdachtsdiagnose:					
<input type="checkbox"/> hämolytische Reaktion <input type="checkbox"/> allergische Reaktion <input type="checkbox"/> febrile Reaktion <input type="checkbox"/> bakterielle Reaktion <input type="checkbox"/> virale Transmission		<input type="checkbox"/> weitere Infektionen (z. B. vCJK) <input type="checkbox"/> TRALI <input type="checkbox"/> transfusionsbedingte Dyspnoe <input type="checkbox"/> Hypervolämie (TACO) <input type="checkbox"/> Posttransfusionelle Purpura		<input type="checkbox"/> Graft-versus-Host-Reaktion <input type="checkbox"/> Inkompatibilität <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____	
Labor (Empfänger)/Therapeutische Maßnahmen nach Auftreten der Transfusionsreaktion: (ggf. Anlage beifügen)					
Beginn der Reaktion: _____ Ende der Reaktion: _____ (Datum/ Uhrzeit)					
Schwere der Reaktion: <input type="checkbox"/> nicht schwerwiegend <input type="checkbox"/> schwerwiegend <input type="checkbox"/> letale Bedrohung					
Ausgang der Reaktion: <input type="checkbox"/> wiederhergestellt <input type="checkbox"/> noch nicht wiederhergestellt <input type="checkbox"/> wiederhergestellt mit Spätfolgen <input type="checkbox"/> unbekannt					
Exitus <input type="checkbox"/> Todesursache: _____ Datum: _____ Sektion ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>					
Name des behandelnden Arztes/Transfusionsbeauftragter					
Datum	Abteilung/Station	Arzt/Name	Arzt/Unterschrift	Telefon	Fax

TM FO	Änderung	durch	Freigabe	durch	4.11.1.0.0
ID: 58198	28.06.2017	Bako, Andrea	29.06.2017	Horn, Peter	Rev: 002/06.2017