



**Unerwünschte Nebenwirkungen, unerwünschte Reaktionen und Zwischenfälle  
 nach Transfusion von Blutprodukten**

**— Meldung der Klinik an das Institut für Transfusionsmedizin (ITM) —**

**24 h-Rufnummer: 0201 723 1570**

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

Patientendaten <i>Bitte Etikett verwenden!</i>		Geschlecht: <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> d	Lfd.-Nr. ITM:
Name		Grunderkrankung:	Indikation zur Transfusion:
Vorname			
Geburtsdatum			

Blutprodukte (ggf. Anlage beifügen)				
EK	TK	GFP	Chargen-Nr.: (Konserven-Service-Etikett)	Datum & Uhrzeit der Transfusion (von - bis)

**Anwendung**  bestimmungsgemäß  **NICHT** bestimmungsgemäß (z. B. Fehltransfusion)

**Befunde des Empfängers**

<input type="checkbox"/> Unwohlsein	<input type="checkbox"/> Muskel-/Flankenschmerzen	<input type="checkbox"/> Hämoglobinurie/Anurie
<input type="checkbox"/> Schweißausbruch	<input type="checkbox"/> Urticaria/Hautjucken	<input type="checkbox"/> Ikterus
<input type="checkbox"/> Schüttelfrost	<input type="checkbox"/> Dyspnoe	<input type="checkbox"/> Purpura/Blutungen
<input type="checkbox"/> Temperaturanstieg <input type="checkbox"/> >1°C <input type="checkbox"/> >2°C	<input type="checkbox"/> Bronchospasmus	<input type="checkbox"/> pulmonale Infiltrate (Rö-Diagnostik)
<input type="checkbox"/> Schwindelgefühl	<input type="checkbox"/> Lungenödem	<input type="checkbox"/> O <sub>2</sub> -Sättigung < 90 %
<input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Tachykardie <input type="checkbox"/> < 30/min <input type="checkbox"/> > 30/min	<input type="checkbox"/> abdominelle Schmerzen
<input type="checkbox"/> Erbrechen	<input type="checkbox"/> Hypotonie syst. <input type="checkbox"/> < 30 mmHg <input type="checkbox"/> > 30 mmHg	<input type="checkbox"/> Nierenschmerzen
<input type="checkbox"/> Kopfschmerz	<input type="checkbox"/> Kollaps/Schock	<input type="checkbox"/> Makrohämaturie
	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____

**Verdachtsdiagnose**

<input type="checkbox"/> hämolytische Reaktion	<input type="checkbox"/> weitere Infektionen (z. B. vCJK)	<input type="checkbox"/> Graft-versus-Host-Reaktion
<input type="checkbox"/> allergische Reaktion	<input type="checkbox"/> TRALI	<input type="checkbox"/> Inkompatibilität
<input type="checkbox"/> febrile Reaktion	<input type="checkbox"/> transfusionsbedingte Dyspnoe	<input type="checkbox"/> Fehltransfusion
<input type="checkbox"/> bakterielle Reaktion	<input type="checkbox"/> Hypervolämie (TACO)	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> virale Transmission	<input type="checkbox"/> Posttransfusionelle Purpura	<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:**  nicht schwerwiegend  schwerwiegend (*siehe Anmerkung*)  letale Bedrohung

**Ausgang der Reaktion:**  wiederhergestellt  **noch** nicht wiederhergestellt  wiederhergestellt mit Spätfolgen  unbekannt

**Exitus**  Todesursache: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_ Sektion ja  nein

**Anmerkung**

„Eine Nebenwirkung, die tödlich oder lebensbedrohend ist, eine stationäre Behandlung oder Verlängerung einer stationären Behandlung erforderlich macht, zu bleibender oder schwerwiegender Behinderung oder Invalidität führt...“ (§ 4 AMG)

„Der Begriff 'lebensbedrohlich' bezieht sich auf eine Nebenwirkung, die für den Patienten zum Zeitpunkt der Reaktion ein tödliches Risiko ausmacht. Er bezieht sich NICHT auf eine Reaktion, die hypothetisch zum Tode führen könnte, wenn sie sich zu einem höheren Schweregrad fortentwickelt und u. U. zu Komplikationen geführt hätte.“ (BFARM <https://www2.bfarm.de/bekanntmachungen/bekanntmAnzNebenw.html#txt02>)

**Name des behandelnden Arztes/Transfusionsbeauftragter**

_____	_____	_____	_____	_____	_____
Datum	Abteilung/Station	Arzt/Name	Arzt/Unterschrift	Telefon	Fax