

## 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.

|  |  |  |   |  |
|--|--|--|---|--|
| <b>Patient:</b>  | <b>Bitte Etikett benutzen</b>  | <b>Geschlecht:</b> <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w | <b>Lfd.-Nr. ITM:</b>                            |  |
| <b>Name:</b>   |  | <b>Grunderkrankung:</b>  | <b>Indikation zur Transfusion:</b>              |  |
| <b>Vorname:</b>  |  |  |   |  |
| <b>Geburtsdatum:</b>   |  |  |   |  |
| <b>Blutprodukte (ggf. Anlage beifügen)</b>   |  |  |   |  |
| <b>EK</b>  | <b>TK</b>  | <b>FFP</b>   | <b>Chargen-Nr.: (Konserven-Service-Etikett)</b> | <b>Datum &amp; Uhrzeit der Transfusion (von – bis)</b> |
|  |  |  |   |  |
|  |  |  |   |  |
|  |  |  |   |  |
| <b>Begleitmedikation:</b>  |  |  |   |  |
| <b>Befunde des Empfängers:</b>   |  |  |   |  |
| <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"/> Bronchospasmus  | <input type="checkbox"/> pulmonale Infiltrate (Rö-Diagnostik)            |   |  |
| <input type="checkbox"/> >1°C <input type="checkbox"/> >2°C  | <input type="checkbox"/> Lungenödem  | <input type="checkbox"/> O <sub>2</sub> -Sättigung <90%                  |   |  |
| <input type="checkbox"/> Schwindelgefühl   | <input type="checkbox"/> Tachykardie <input type="checkbox"/> <30/min <input type="checkbox"/> >30/min     | <input type="checkbox"/> abdominelle Schmerzen                           |   |  |
| <input type="checkbox"/> Übelkeit  | <input type="checkbox"/> Hypotonie syst. <input type="checkbox"/> <30mmHg <input type="checkbox"/> >30mmHg | <input type="checkbox"/> Nierenschmerzen                                 |   |  |
| <input type="checkbox"/> Erbrechen   | <input type="checkbox"/> Kollaps/Schock  | <input type="checkbox"/> Makrohämaturie                                  |   |  |
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerz   | <input type="checkbox"/> _____   | <input type="checkbox"/> _____   |   |  |
| <b>Verdachtsdiagnose:</b>  |  |  |   |  |
| <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"/> _____   |   |  |
| <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"/> _____   |   |  |
| <b>Labor (Empfänger)/Therapeutische Maßnahmen nach Auftreten der Transfusionsreaktion: (ggf. Anlage beifügen)</b>  |  |  |   |  |
| Beginn der Reaktion: _____ Ende der Reaktion: _____ (Datum/ Uhrzeit)   |  |  |   |  |
| <b>Schwere der Reaktion:</b> <input type="checkbox"/> nicht schwerwiegend <input type="checkbox"/> schwerwiegend <input type="checkbox"/> letale Bedrohung   |  |  |   |  |
| <b>Ausgang der Reaktion:</b> <input type="checkbox"/> wiederhergestellt <input type="checkbox"/> noch nicht wiederhergestellt <input type="checkbox"/> wiederhergestellt mit Spätfolgen <input type="checkbox"/> unbekannt |  |  |   |  |
| <b>Exitus</b> <input type="checkbox"/> Todesursache: _____ Datum: _____ Sektion ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>  |  |  |   |  |
| <b>Name des behandelnden Arztes/Transfusionsbeauftragter</b>   |  |  |   |  |
| _____  | _____  | _____  | _____   | _____  |
| 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 |