

Meldung einer unerwünschten bzw. ausbleibenden Transfusionswirkung (auch Verdachtsfälle)
 nach § 16 TFG an den Transfusionsverantwortlichen des UKB über den Dienstarzt des
Instituts für Exp. Hämatologie und Transfusionsmedizin der Universität Bonn
 ☎ 0228-287-15177 oder Funk-Nr. 82-971-2-Rückruf-Nr.
 Sigmund-Freud-Str. 25, 53127 Bonn



Abteilung/Klinik:		Patientenname:	
Station:	meldender Arzt:	Vorname:	geb. am:
Tel.:	Fax:	Geschlecht <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m	Schwangerschaft <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Grunderkrankung: _____ Begleiterkrankungen: _____

Indikation zur Transfusion: _____ Befund _____ AB0-Bedsidetest: _____

Blutprodukte/Plasmaderivate (ggf. Liste beifügen)	Menge	Kons.-Nr. oder Chargenbez	Datum/Uhrzeit der Anwendung	Datum/Uhrzeit der unerwünschten Wirkung
1				
2				
3				
4				

Begleitmedikation: _____

Transfusionsbesteck Hersteller: _____ Artikelnr: _____ Charge: _____

Klinische Zeichen	Klinische Symptome	Klinische Verdachtsdiagnose	Ausbleibende Wirkung
<input type="checkbox"/> Unwohlsein <input type="checkbox"/> Schweißausbruch <input type="checkbox"/> Schüttelfrost <input type="checkbox"/> Dyspnoe <input type="checkbox"/> Hautjucken <input type="checkbox"/> Schwindelgefühl <input type="checkbox"/> Übelkeit, Erbrechen <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen <input type="checkbox"/> Lendenschmerzen	<input type="checkbox"/> Urticaria/"Flush" <input type="checkbox"/> Fieber (T-Anstieg > 1° C) <input type="checkbox"/> Bronchospasmus/Tachypnoe <input type="checkbox"/> Hämoglobinurie/Oligo-/Anurie <input type="checkbox"/> Blutdruckveränd. (> 20 mmHg) <input type="checkbox"/> ↓ <input type="checkbox"/> ↑ <input type="checkbox"/> Tachykardie/Arrhythmie <input type="checkbox"/> Kollaps/Schock <input type="checkbox"/> Ikterus <input type="checkbox"/> Purpura/Blutungen <input type="checkbox"/> pulmonale Infiltrate	<input type="checkbox"/> hämolytische Reaktion <input type="checkbox"/> febrile Reaktion <input type="checkbox"/> allergische Reaktion <input type="checkbox"/> pulmonale Reaktion <input type="checkbox"/> anaphylaktische Reaktion <input type="checkbox"/> septische Reaktion (Blutkulturen vom Patienten s.u.) Grad der Reaktion* <input type="checkbox"/> nicht schwerwiegend <input type="checkbox"/> schwerwiegend	<input type="checkbox"/> inadäquater / fehlender Hämoglobinanstieg <input type="checkbox"/> inadäquates / fehlendes Thrombozyteninkrement <input type="checkbox"/> inadäquater / fehlender Aktivitätsanstieg von Gerin- nungsfaktoren/Fibrinogen <input type="checkbox"/> persistierende bzw. neu aufgetretene Blutung <input type="checkbox"/> verspätetes/fehlendes Engraftment (bei Stammzell-TX)

*Definition der schwerwiegenden Nebenwirkung (entsprechend Richtlinie 75/319/EWG): Eine Nebenwirkung, die tödlich oder lebensbedrohlich (z.B. anaphylaktische Reaktion) ist, zu einer Arbeitsunfähigkeit oder einer Behinderung führt oder eine stationäre Behandlung oder eine Verlängerung einer stationären Behandlung zur Folge hat.

Labordiagnostik (vor und nach Transfusion, ggf. Verlauf)						Blutkulturen angelegt : <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja am:				
Datum/Uhrzeit	Hb [g/dl]	Leuko [x1000/µl]	Thromboz. [x1000/µl]	Bilir. (ges./dir/indir.) [mg/dl]	LDH [U/l]	Hapto glob. [mg/dl]	freies Hb im Plasma [mg/l]	Hb im Urin [mg/l]	Kreatinin [mg/dl]	Bemerkung

Verlauf und Therapie: _____

Ausgang der Reaktion wiederhergestellt wiederhergestellt mit Defekt noch nicht wiederhergestellt
 unbekannt Patient verstorben Todesursache: _____ Sektion ja nein

Datum/Unterschrift des Arztes: _____

Zur Abklärung unerwünschter Transfusionswirkungen bitte unverzüglich an das Institut schicken:

- Meldebogen
- Anforderungsschein
- 10 ml Nativblut (bei Kindern entsprechend angepasst)
- 20 ml EDTA Blut (bei Kindern entsprechend angepasst)
- Konservenbeutel/Transfusionsbehältnis (steril verschlossen)

Einträge des Instituts (bitte nicht beschriften)

Vorgangs-Nr.: _____ Eingabe in die Nebenwirkungsdatenbank am: _____ Bearbeitung abgeschlossen am: _____

Beurteilung nach Abklärung, vermuteter Zusammenhang mit Arzneimittel Nr. :
 gesichert wahrscheinlich möglich unwahrscheinlich nicht zu beurteilen unbeurteilt

Datum/ Arztunterschrift _____ Kopie an Stufenplanbeauftragte/n weitergeleitet am: _____

Externe Meldung an Hersteller am PEI am AKdÄ am