

Angaben zur diagnostischen Abklärung einer unerwünschten Transfusionswirkung (auch Verdachtsfälle) durch das

Institut für Exp. Hämatologie und Transfusionsmedizin der Universität Bonn

Sigmund-Freud-Str. 25, 53127 Bonn

24h-☎ 0228-287-15177 / Fax 0228-287-15189

Diese klin. Angaben sind zur diagnostischen Abklärung erforderlich, daher bitte grundsätzlich dem Anforderungsformular beifügen. **Diese Angaben stehen nicht im Zusammenhang mit den nach § 16 TFG geforderten Unterrichtungspflichten und entbinden daher den anfordernden Arzt nicht von entsprechender Unterrichtung der Aufsichtsbehörden oder des pharmazeutischen Unternehmers.**

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 Gerinnungsfaktoren/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	-Untersuchungsmaterial: 1. Konservenbeutel/Transfusionsbehältnis (steril verschlossen) 2. Patientenblutprobe <u>vor</u> Tranfusion (Rückstellprobe von Verträglichkeitsdiagnostik) 3. Patientenprobe <u>nach</u> Transf. (20 ml EDTA- u. 10 ml NativBlut, bei Kindern entsprechend weniger)
--------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Einträge des Instituts (bitte nicht beschriften)
 Produkt des Herstellers UKB betroffen nein ja, Kopie an Stufenplanbeauftragte/n weitergeleitet am:
 Datum/ Arzunterschrift