

Verdacht auf unerwünschte Nebenwirkung nach Transfusion eines Blutprodukts

Patient/-in: Name, Vorname	Geburtsdatum	Geschlecht (m/w/d)
----------------------------	--------------	--------------------

Blutprodukte (ggfs. Liste beifügen)				Herstellung		Produkt-Nummer	Datum / Uhrzeit der Transfusion von - bis	Transfundierte Menge (ml)
EK	GFP	P-TK	A-TK	bestrahlt	inaktiviert			

Grunderkrankung:

Weitere Diagnosen:

Indikation zur Transfusion:

Begleitmedikation:

Frühere Transfusionen: nein ja wann _____

Allergien: nein ja welche _____

Schwangerschaften: nein ja wann _____

Befunde des Empfängers: (Mehrfachnennung ist möglich)

<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 ₂ -Sättigung < 90 %
<input type="checkbox"/> Schwindelgefühl	<input type="checkbox"/> Tachykardie	<input type="checkbox"/> abdominale Schmerzen
<input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> < 30/min <input type="checkbox"/> > 30/min	<input type="checkbox"/> Nierenschmerzen
<input type="checkbox"/> Erbrechen	<input type="checkbox"/> Hypotonie	<input type="checkbox"/> Makrohämaturie
<input type="checkbox"/> Kopfschmerz	<input type="checkbox"/> < 30 mm Hg <input type="checkbox"/> > 30 mm Hg	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Kollaps/Schock	<input type="checkbox"/> _____

Beginn der Reaktion: _____ Ende der Reaktion: _____

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

Exitus Todesursache: _____ Datum _____ Sektion ja nein

Therapeutische Maßnahmen nach Auftreten der Transfusionsreaktion:

Schilderung des klinischen Verlaufs:

Laboruntersuchungen	Empfänger	
	Vor Transfusion	Nach Transfusion innerhalb von 24 Std.
Hämoglobin (g/dl)		
LDH (U/l)		
Bilirubin (gesamt) (mg/dl)		
IgA-Wert des Empfängers		
Haptoglobin		
Hämoglobin im Urin		
Mikrobiologische Untersuchung	Abnahmezeitpunkt	Erreger
Untersuchung des Empfängers nach Transfusion		

Name des behandelnden Arztes / Transfusionsverantwortlichen / Meldeverantwortlichen:

Klinik / Abteilung / Station: _____ Tel: _____

Fax: _____

E-Mail: _____

Datum: _____ Unterschrift: _____

- Zur Abklärung des Transfusionsereignisses müssen an das Zentralinstitut für Transfusionsmedizin und Blutspendedienst eingesandt werden:
1. Vollständig ausgefüllter Fragebogen „Verdacht auf unerwünschte Nebenwirkung nach Transfusion eines Blutprodukts“
 2. Anforderungsformular „Immunhämatologie“ und „HLA-Diagnostik“
 3. 1 Monovette EDTA-Blut (7,5 ml) und 1 Monovette Serum (7,5 ml) mit Blut des Empfängers
 4. Konservenrest mit Transfusionsbesteck