



Formblatt für die Meldung einer Transfusionsreaktion

Patientenetikett Pat. Name: Pat. Vorname: Geburtsdatum:			Einsendung: 1. Patienten-Blutprobe (7 ml Nativ-, 7 ml EDTA- und 5 ml Citratblut; bei Kindern entsprechend adaptiert) 2. Konservenreste mit Transfusionsbesteck/Filter, die innerhalb von 24 Std. transfundiert wurden (kontaminationssicher verschlossen)		
Blutgruppe	Schwangerschaft <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Zurückliegende Transfusionen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, Datum: _____	Klinik/Station/Telefon (=Adresse/Rückmeldung)		
Grunderkrankung: _____			Begleiterkrankungen: _____		
Indikation zur Transfusion: _____					
Blutprodukte/ Plasmaderivate (ggf. Liste beifügen)	Kons.-Nr. oder Chargenbezeichnung	Hersteller	Menge	Datum/Uhrzeit Transfusion	Vermuteter Zusammenhang der Transfusionsreaktion mit Konservennummer:
[1]					UAW-Beginn: UAW-Ende:
[2]					
[3]					
[4]					
Begleitmedikation: _____					
Klinische Zeichen <input type="checkbox"/> Unwohlsein <input type="checkbox"/> Schweißausbruch <input type="checkbox"/> leichter Schüttelfrost <input type="checkbox"/> schwerer Schüttelfrost <input type="checkbox"/> Atemnot <input type="checkbox"/> Hautjucken <input type="checkbox"/> Schwindelgefühl <input type="checkbox"/> Übelkeit/ Erbrechen <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen <input type="checkbox"/> Rückenschmerzen/Lendenschmerz <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____		Klinische Symptome <input type="checkbox"/> Urticaria/"Flush" <input type="checkbox"/> Fieber (T-Anstieg > 1° C) <input type="checkbox"/> Bronchospasmus/Tachypnoe/Stridor <input type="checkbox"/> Hämoglobinurie/Anurie <input type="checkbox"/> Blutdruckabfall (> 20 mmHg) <input type="checkbox"/> Ikterus am Tag nach Transfusion <input type="checkbox"/> Hämolyse am Tag nach Transfusion <input type="checkbox"/> Purpura/Blutungen <input type="checkbox"/> pulmonale Infiltrate		Klinische Verdachtsdiagnose <input type="checkbox"/> Infektionsübertragung (ausführliche Angaben auf Beiblatt erforderlich) <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 Grad der Reaktion <input type="checkbox"/> nicht schwerwiegend <input type="checkbox"/> schwerwiegend	
Labor nach Transfusionsreaktion: <input type="checkbox"/> LDH erhöht <input type="checkbox"/> Haptoglobin erniedrigt			<input type="checkbox"/> freies Plasma-Hb erhöht <input type="checkbox"/> Hämoglobin im Urin <input type="checkbox"/> Bilirubin erhöht		<input type="checkbox"/> Blutkultur angelegt <input type="checkbox"/> Antikörper: _____
Ausgang der UAW: wiederhergestellt <input type="checkbox"/> wiederhergestellt mit Defekt <input type="checkbox"/> noch nicht wiederhergestellt <input type="checkbox"/> unbekannt <input type="checkbox"/>					
Exitus <input type="checkbox"/> Todesursache: _____ Sektion ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>					
Informiert wurden: Transfusionsbeauftragter der Klinik ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>					
Ort und Datum der Meldung _____			Unterschrift Arzt/Ärztin (Name in Blockschrift od. Stempel) _____		
Wird vom transfusionsmedizinischen Institut ausgefüllt – Ankunft der Blutprobe:					
Datum / Uhrzeit					
Hämolyse im Plasma des Citratblutes sichtbar (freies Hb > 10 mg/dl): ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>					
Wiederholte Blutgruppe aus Empfängerblut entnommen vor und nach Transfusion <input type="checkbox"/> identisch <input type="checkbox"/> nicht identisch <input type="checkbox"/> Blutgruppe					
Direkter Antiglobulintest aus Empfängerblut vor Transfusion positiv <input type="checkbox"/> negativ <input type="checkbox"/> nach Transfusion positiv <input type="checkbox"/> negativ <input type="checkbox"/>					
Antikörpersuchtest aus Empfängerblut vor Transfusion positiv <input type="checkbox"/> negativ <input type="checkbox"/> nach Transfusion positiv <input type="checkbox"/> negativ <input type="checkbox"/>					
Wiederholte Kreuzprobe aus Empfängerblut vor Transfusion positiv <input type="checkbox"/> negativ <input type="checkbox"/> nach Transfusion positiv <input type="checkbox"/> negativ <input type="checkbox"/>					
HLA-Antikörper aus Empfängerblut positiv <input type="checkbox"/> negativ <input type="checkbox"/> nicht durchgeführt <input type="checkbox"/>					
HLA-Antikörper aus Spenderblut positiv <input type="checkbox"/> negativ <input type="checkbox"/> nicht durchgeführt <input type="checkbox"/>					
Bakteriologie folgt <input type="checkbox"/> abgeschlossen: negativ <input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> Datum nicht durchgeführt <input type="checkbox"/>					
Transfusionsreaktion auf Arzneimittel Nr. 1 <input type="checkbox"/> / 2 <input type="checkbox"/> / 3 <input type="checkbox"/> / 4 <input type="checkbox"/> auf Grund der Befunde:					
Gesichert <input type="checkbox"/> wahrscheinlich <input type="checkbox"/> möglich <input type="checkbox"/> unwahrscheinlich <input type="checkbox"/> ausgeschlossen <input type="checkbox"/>					
Datum	MTA	untersuchender Arzt	Laborleiter	Direktor/ Stufenplanbeauftragte	