

**Formblatt für die Meldung des Verdachts einer Virusübertragung durch Transfusion**

Pat. Name:	Klinik:
Pat. Vorname:	Abteilung:
Geburtsdatum:	Transfusionsbeauftragte/r:
Geschlecht: w <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/>	Telefonnummer:
Diagnose:	Behandelnder Arzt: _____
Unterschrift /Stempel	

Art der Infektion:

<input type="checkbox"/> HIV	<input type="checkbox"/> Hepatitis A	<input type="checkbox"/> Hepatitis B	<input type="checkbox"/> Hepatitis C
<input type="checkbox"/> HEV	<input type="checkbox"/> WNV	<input type="checkbox"/> andere Infektion	

Klinische Symptome:

Laborbefunde: (unbedingt Kopie des Virologiebefundes beilegen)

**Ausgang der UAW:**

wiederhergestellt <input type="checkbox"/>	wiederhergestellt mit Defekt <input type="checkbox"/>	noch nicht wiederhergestellt <input type="checkbox"/>	bleibender Schaden <input type="checkbox"/>
unbekannt <input type="checkbox"/>	<b>Exitus</b> <input type="checkbox"/>	Sektion <input type="checkbox"/> (ggf. Befund beifügen)	

Name des Produktes	Kons.-Nr. oder Chargenbezeichnung	Hersteller	Menge	Datum der Transfusion

Gibt es infektionserologische Laborbefunde des Empfängers, die vor der Gabe des/ der Blutprodukte erhoben wurden?  
(Befundkopien sind mitzuschicken)

Ja       Nein       Nicht bekannt

Wenn ja, Datum: \_\_\_\_\_ welche: \_\_\_\_\_

Gibt es eventuell Nachuntersuchungsproben des Empfängers aus der Zeit vor Übertragung des/ der Blutprodukte?

Ja       Nein       Nicht bekannt

Wenn ja, Datum: \_\_\_\_\_

Gibt es Hinweise in der Anamnese auf eine andere mögliche Infektionsübertragung vor/ außer der Transfusion?

Ja       Nein       Nicht bekannt

Mögliche Ursachen können sein:

Gastroskopie/Endoskopie/ andere invasive Eingriffe (bitte Datum angeben):

Anderes Risiko für Hepatitis- / HIV-Infektion?:

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum der Meldung

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Transfusionsbeauftragte/r