Meldung des Verdachts einer Transfusionsreaktion

bei der Anwendung von Blutprodukten gemäß § 63i AMG und § 16 TFG

an die Blutspendeeinrichtung und ggf. an das Paul-Ehrlich-Institut (bei schwerwiegenden Reaktionen)

weitere Angaben siehe: www.pei.de/haemovigilanz-formulare

Blutspendedienst (bitte ankreuzen):

- ☐ DRK-Blutspendedienst West gGmbH, ZTM Breitscheid; Linneper Weg 1, 40885 Ratingen; Tel.: 02102 / 189-0, Fax: 02102 / 189-110
- ☐ DRK-Blutspendedienst West gGmbH, ZTM Hagen; Feithstr. 180-186, 58097 Hagen; Tel.: 02331 / 807-0, Fax: 02331 / 807-151
- ☐ DRK-Blutspendedienst West gGmbH, ZTM Münster; Sperlichstr. 15, 48151 Münster; Tel.: 0251 / 709-268, Fax: 0251 / 709-273
- ☐ DRK-Blutspendedienst Rheinland-Pfalz/Saarland gGmbH; Burgweg 5-7, 55543 Bad Kreuznach; Tel.: 0671 / 253-0, Fax: 0671 / 253-229

Patient (Name, Vorname)	Geburtsdatum	Geschlecht: ☐ weiblich ☐ männlich ☐ divers	☐ schwerwiegend ☐ nicht schwerwiegend

Indikation zur Transfusion: _____

Grunderkrankung: _____

Begleitmedikation: _____

Blutgruppe des Empfängers: _____

Bedside-Test durchgeführt: ☐ ja ☐ nein ☐ inkorrekt

Blutprodukte (ggf. Liste beifügen)				Herstellung		Hersteller	Produkt-Nr.	Blutgruppe Produkt	Spende	Transfusion	
EK	GFP	P-TK	A-TK	be-strahlt	inakti-viert				Datum	Datum	Uhrzeit (von - bis)

Befunde Empfänger:in: (Mehrfachnennung ist möglich)

- ☐ Unwohlsein / ☐ Übelkeit / ☐ Erbrechen
- ☐ Diarrhoe / ☐ Bauchkrämpfe
- ☐ Schüttelfrost
- ☐ Temperaturanstieg ☐ >1°C ☐ >2°C
- ☐ Fieber, ☐ Temp. >39°C
- ☐ Hitzewallung / ☐ Schweißausbruch
- ☐ Kopfschmerzen
- ☐ Hautrötung/Erythem
- ☐ Juckreiz/Ausschlag/Schwellung
- ☐ Husten / ☐ Heiserkeit / ☐ Stridor
- ☐ Akute Dyspnoe
- ☐ Zyanose
- ☐ Tachypnoe
- ☐ Rücken-/Flankenschmerzen
- ☐ Oligurie/Anurie ☐ Makrohämaturie
- ☐ Ikterus
- ☐ Petechien / ☐ Blutungen
- ☐ Thoraxschmerzen
- ☐ RR-Abfall syst. ☐ <20 mmHg ☐ >20 mmHg
- ☐ RR-Anstieg
- ☐ Herzfrequenz Anstieg um ☐ <20/min ☐ >20/min
- ☐ Kreislaufkollaps / ☐ Schock
- ☐ Pulmonale Infiltrate / ☐ bilateral (Röntgen)
- ☐ Lungenödem
- ☐ O_2-Sättigung <90%
- ☐ _____
- ☐ _____

Verdachtsdiagnose

- ☐ Hämolytische Reaktion (HTR) (Form. 2a)
- ☐ Allerg./Anaphylakt. Reaktion (Form. 2a)
- ☐ Febrile Reaktion (FNHTR) (Form. 2a)
- ☐ Transfusionsbedingte Dyspnoe (TAD)
- ☐ TRALI (Form 2a + 2c)
- ☐ Hypervolämie (TACO) (Form 2a + 2c)
- ☐ Posttransfusionelle Purpura (PTP)
- ☐ Graft-versus-Host-Reaktion
- ☐ Bakterielle Reaktion Form. 2a)
- ☐ Virale Transmission (Form. 2b)
- ☐ Weitere Infektionen (z. B. Lues, Malaria): _____
- ☐ Fehltransfusion
- ☐ Sonstige: _____

Labordaten Empfänger (siehe auch Folgeformular): _____

Therapeutische Maßnahmen nach Auftreten der Transfusionsreaktion:

_____

(Detaillierte Angaben bitte auf weiterführendem Formblatt)

Beginn der Reaktion (Datum / Uhrzeit): _____ **Ende der Reaktion** (Datum / Uhrzeit): _____

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

Exitus ☐ Todesursache: _____ Datum _____ Sektion: ja ☐ nein ☐
(bitte Arztbrief beifügen)

Name des behandelnden Arztes/ Transfusionsbeauftragten / Stufenplanbeauftragten:

Klinik / Praxis:

Straße, Nr.: Tel.-Nr.:

PLZ / Ort: Fax-Nr.:

E-Mail:

Datum: **Unterschrift:**