

Meldung einer unerwünschten bzw. ausbleibenden Transfusionswirkung (auch Verdachtsfälle)

nach § 16 TFG an den Transfusionsverantwortlichen des UKB über den Dienstarzt des
 Instituts für Exp. Hämatologie und Transfusionsmedizin der Universität Bonn, Venusberg-Campus 1, 53127 Bonn
 ☎ 0228-287-15177 oder Dienstarzthandy 0151 582 33 398

Abteilung/Klinik :				Patientenname:						
Station:		Meldender Arzt:		Vorname:		Geb. am:				
Tel.:		Fax:		Geschlecht: ☐ w ☐ m		Schwangerschaft: ☐ nein ☐ ja				
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.										
Transfusionsbesteck		Hersteller:		Atrikelnr:		Charge:				
Begleitmedikation:										
Klinische Zeichen		Klinische Symptome		Klinische Verdachtsdiagnose		Ausbleibende Wirkung				
☐ Unwohlsein ☐ Schweißausbruch ☐ Schüttelfrost ☐ Dyspnoe ☐ Hautjucken ☐ Schwindelgefühl ☐ Übelkeit, Erbrechen ☐ Kopfschmerzen ☐ Lendenschmerzen		☐ Urticaria/"Flush" ☐ Fieber (T-Anstieg > 1° C) ☐ Bronchospasmus/Tachypnoe ☐ Hämoglobinurie/Oligo-/Anurie ☐ Blutdruckveränd. (> 20 mmHg) ☐ ↓ ☐ ↑ ☐ Tachykardie/Arrhythmie ☐ Kollaps/Schock ☐ Ikterus ☐ Purpura/Blutungen ☐ pulmonale Infiltrate		☐ hämolytische Reaktion ☐ febrile Reaktion ☐ allergische Reaktion ☐ pulmonale Reaktion ☐ anaphylaktische Reaktion ☐ septische Reaktion (Blutkulturen vom Patienten s.u.) Grad der Reaktion* ☐ nicht schwerwiegend ☐ schwerwiegend		☐ inadäquater / fehlender Hämoglobinanstieg ☐ inadäquates / fehlendes Thrombozyteninkrement ☐ inadäquater / fehlender Aktivitätsanstieg von Gerinnungsfaktoren/Fibrinogen ☐ persistierende bzw. neu aufgetretene Blutung ☐ 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 : ☐ nein ☐ ja, am:						
Datum/Uhrzeit	Hb [g/dl]	Leuko [x1000/µl]	Thromboz. [x1000/µl]	Bilir. (ges./dir/indir.) [mg/dl]	LDH [U/l]	Haptoglob. [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: ☐ nein ☐ ja	
Datum/Unterschrift des Arztes:										
Zur Abklärung unerwünschter Transfusionswirkungen bitte unverzüglich an das Institut schicken:										
1. Meldebogen					4. 10 ml EDTA Blut (bei Kindern entsprechend angepasst)					
2. Anforderungsschein					5. Konservenbeutel/Transfusionsbehältnis (steril verschlossen)					
3. 10 ml Nativblut; 5 ml Lithium-Heparinblut (bei Kindern entsprechend angepasst)										
Einträge des Instituts (bitte nicht beschriften):										
Vorgangs-Nr.:			Eingabe in die Nebenwirkungsdatenbank am:				Bearbeitung abgeschlossen am:			
Beurteilung nach Abklärung, vermuteter Zusammenhang mit Arzneimittel Nr.:										
☐ gesichert ☐ wahrscheinlich ☐ möglich ☐ unwahrscheinlich ☐ nicht zu beurteilen ☐ unbeurteilt										
Datum/Arztunterschrift:					☐ Kopie an Stufenplanbeauftragte/n weitergeleitet am:					
Externe Meldung an:			☐ Hersteller am:			☐ PEI am:			☐ AKdÄ am:	