

Bericht über Transfusionsreaktionen beim Empfänger durch Blutprodukte

Einrichtung der Krankenversorgung: PLZ/Ort/Straße: Tel.: _____ Fax: _____			Patient/in: (Etikett) Name _____ Geburtsdatum: _____ <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m			
Grunderkrankung: _____			Indikation zur Transfusion:			
Blutarzneimittel (Etikett aufkleben) ggf. Liste beifügen, wenn > 3			Menge	Hersteller	Kons.-Nr./ Chargen-Nr.	Datum/ Uhrzeit der Transfusion von- bis
EK	GFP	TK/ andere				
Begleitmedikation: _____						
Transfusion unter Narkose: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <u>Bed-side-Test:</u> <input type="checkbox"/> o.B. <input type="checkbox"/> auffällig <input type="checkbox"/> nicht durchgeführt						
Beginn der Reaktion : _____ Ende _____ Datum / Uhrzeit _____						
Befunde des Empfängers (Mehrfachnennung ist möglich)				Verdachtsdiagnose		
<input type="checkbox"/> Unwohlsein <input type="checkbox"/> Schweißausbruch <input type="checkbox"/> Schüttelfrost <input type="checkbox"/> Temp.-anstieg <input type="checkbox"/> > 1°C <input type="checkbox"/> > 2°C <input type="checkbox"/> Schwindelgefühl <input type="checkbox"/> Übelkeit <input type="checkbox"/> Erbrechen <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen <input type="checkbox"/> Muskel/ Flankenschmerzen <input type="checkbox"/> Urticaria/ Hautjucken <input type="checkbox"/> Dyspnoe <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____				<input type="checkbox"/> hämolytische Reaktion <input type="checkbox"/> allergische Reaktion <input type="checkbox"/> febrile Reaktion > 2°C <input type="checkbox"/> bakterielle Reaktion <input type="checkbox"/> virale Transmission <input type="checkbox"/> weitere Infektionen (z.B. vCJK) <input type="checkbox"/> TRALI (weiter mit FB-Immu-Allg-062) <input type="checkbox"/> transfusionsbedingte Dyspnoe <input type="checkbox"/> Hypervolämie (TACO) <input type="checkbox"/> Posttransfusionelle Purpura <input type="checkbox"/> Graft-versus- Host-Reaktion <input type="checkbox"/> Inkompatibilität <input type="checkbox"/> sonstiges		
Zentrallaboreergebnisse				<input type="checkbox"/> Blutkultur des Patienten angelegt		
Vor Transfusion		Nach Transfusion (innerhalb 24h)		Abnahmezeitpunkt: _____		
<input type="checkbox"/> LDH (U/l): _____		<input type="checkbox"/> LDH (U/l): _____				
<input type="checkbox"/> Hämoglobin (g/dl): _____		<input type="checkbox"/> Hämoglobin (g/dl): _____				
<input type="checkbox"/> Bilirubin (gesamt) (mg/dl): _____		<input type="checkbox"/> Bilirubin (gesamt) (mg/dl): _____				
<input type="checkbox"/> IgA- Wert (mg/dl): _____		<input type="checkbox"/> IgA- Wert (mg/dl): _____				
Ausgang der UAW: wiederhergestellt <input type="checkbox"/> wiederhergestellt mit Spätfolgen <input type="checkbox"/> unbekannt <input type="checkbox"/>						
Exitus <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Todesursache: _____ Datum: _____ Sektion: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>						
Station / Tel.-Nr. / Name des transfundierenden Arztes: _____						
Stempel / Unterschrift: _____						Datum: _____