**Bericht über unerwünschte Arzneimittelreaktion (UAW)**

(Verdacht auf eine Transfusionsreaktion nach Gabe von Blutprodukten)

|  |  |
| --- | --- |
| Krankenhaus/Abteilung/Station: …  | E-Mail: … |
| Straße, Nr.: … | Tel.: … |
| PLZ/ Ort: … | Fax: … |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Pat. Initialen (Name, Vorname):… | Geburtsdatum:… | Geschlecht[ ] weiblich [ ] männlich [ ] divers | [ ] schwerwiegend[ ] nicht schwerwiegend |

|  |  |
| --- | --- |
| Indikation zur Transfusion: … | Blutgruppe des Empfängers:… |
| Grunderkrankung/Begleiterkrankung: … |
| Begleitmedikation: … | Bedside-Test durchgeführt: |
| [ ] ja [ ] nein [ ] inkorrekt |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Blutprodukte | Herstellung | Hersteller | Produkt-Nr. | BlutgruppeProdukt | 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 | [ ] Husten [ ] Heiserkeit [ ] Stridor | [ ] RR-Abfall syst. [ ] <20 mmHg [ ] >20 mmHg |
| [ ] Diarrhoe [ ] Bauchkrämpfe | [ ] Akute Dyspnoe | [ ] RR-Anstieg |
| [ ] Schüttelfrost | [ ] Zyanose | [ ] Herzfrequenz Anstieg um [ ] <20 /min [ ] >20 /min |
| [ ] Temperaturanstieg [ ] >1 °C [ ] >2 °C | [ ] Tachypnoe | [ ] Kreislaufkollaps [ ] Schock |
| [ ] Fieber [ ] Temp. >39 °C | [ ] Rücken-/Flankenschmerzen | [ ] Pulmonale Infiltrate [ ] bilateral (Röntgen) |
| [ ] Hitzewallung [ ] Schweißausbruch | [ ] Oligurie/Anurie [ ] Makrohämaturie | [ ] Lungenödem |
| [ ] Kopfschmerzen | [ ] Ikterus | [ ] O2-Sättigung <90 % |
| [ ] Hautrötung/Erythem | [ ] Petechien [ ] Blutungen | [ ]  … |
| [ ] Juckreiz/Ausschlag/Schwellung | [ ] Thoraxschmerzen | [ ]  … |

|  |
| --- |
| **Verdachtsdiagnose** |
| [ ] Hämolytische Reaktion (HTR) | [ ] Hypervolämie (TACO) | [ ] Weitere Infektionen (z. B. Lues, Malaria) |
| [ ] Allerg./Anaphylakt. Reaktion (ATR) | [ ] Posttransfusionelle Purpura (PTP) | … |
| [ ] Febrile Reaktion (FNHTR) | [ ] Graft-versus-Host-Reaktion | [ ] Fehltransfusion |
| [ ] Transfusonsbedingte Dyspnoe (TAD) | [ ] Bakterielle Reaktion | [ ] Sonstige |
| [ ] TRALI | [ ] Virale Transmission | … |

|  |
| --- |
| Labordaten Empfänger: … |
| Therapeutische Maßnahmen nach Auftreten der Transfusionsreaktion: …… |
| [ ] durch Reaktion verlängerter stat. Aufenthalt | [ ] Hospitalisierung nach ambul. Transfusion |

|  |  |
| --- | --- |
| 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 |

|  |
| --- |
| **Name des behandelnden Arztes/ Transfusionsverantwortlichen/ Stufenplanbeauftragten**:… |
| Klinik/ Praxis: … |
| Straße, Nr.: … | Tel.-Nr.: … |
| PLZ / Ort: … | Fax-Nr.: … |
| E-Mail: … |
| Datum: … Unterschrift: … |

**Zur Prüfung der involvierten Blutprodukte durch den Hersteller/ Blutspendedienst (BSD)**ist bitte folgendes an den Blutspendedienst (Lieferanten) einzusenden:

|  |
| --- |
| [ ]  Meldebogen „Bericht über unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW)“ als Kopie |
| [ ]  involvierte Konservenbeutel inkl. Transfusionsbesteck, verschlossen durch z. B. Klemme und Transport in einem geeigneten Transportbehältnis  |
| [ ]  ggf. zur Abklärung erhobene immunhämatologische und mikrobiologische Patienten-Befunde |

**Bitte wählen Sie die Adresse des für Sie zuständigen Vertriebszentrums:**

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  **Leipzig** Haema AG Zentrale Verarbeitung Landsteinerstr. 1 04103 Leipzig Tel.: 0341 47830- 10201 oder -10202 Fax: 0341 47830- 10250 | [ ]  **Berlin** Haema AG Logistik, Verarbeitung, Vertrieb Wolfener Str. 36 12681 Berlin Tel.: 030 311617- 100 Fax: 030 311617- 109 |
| [ ]  **Essen** Haema AG Kettwiger Str. 64 45127 Essen Tel.: 0201 94604- 700 oder -701 Fax: 0201 94604- 770 |  |

Möchten Sie die **Transfusionsreaktion durch den BSD immunhämatologisch abklären** lassen, schicken Sie bitte folgendes an das für Sie zuständige Vertriebszentrum:

|  |
| --- |
| [ ]  Laboranforderungsschein mit Angabe der Untersuchungen und den Verweis auf den entsprechenden UAW-Bericht |
| [ ]  Reste der Patientenblutprobe, die zur Kreuzprobe verwendet wurde |
| [ ]  1 Röhrchen Citrat- bzw. EDTA-Blut des Patienten **vor** Transfusion (mit eindeutiger Kennzeichnung) |
| [ ]  1 Röhrchen Citrat- bzw. EDTA-Blut des Patienten **nach** Transfusion (mit eindeutiger Kennzeichnung) |
| [ ]  1 Röhrchen Nativblut (Serum) |