

## Meldung über eine Transfusionsreaktion<sup>1</sup>

Universitätsmedizin Rostock  
Institut für Transfusionsmedizin  
Schillingallee 36  
18057 Rostock

Fax: 0381 494 7694  
Tel.: 0381 494 7453

**Patient:**

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Geschlecht  w  m geb. am \_\_\_\_\_ Blutgruppe/Rh \_\_\_\_\_

Bekannte Antikörper gegen Erythrozyten, Leukozyten, Thrombozyten: \_\_\_\_\_

Grunderkrankung: \_\_\_\_\_

Konserven-Nr./Produktart/Hersteller<sup>2</sup>:

① \_\_\_\_\_ ② \_\_\_\_\_ ③ \_\_\_\_\_ ④ \_\_\_\_\_

**Hinweise auf Vorimmunisierung:**

Transfusionen  Schwangerschaft(en)

**Folgeschäden beim Patienten:**

ohne  vermutl. dauerh. Beeinträchtigung  Tod

**Beginn der Transfusion**

Datum: \_\_\_\_\_ Uhrzeit: \_\_\_\_\_  
Beginn der Reaktion  
Datum: \_\_\_\_\_ Uhrzeit: \_\_\_\_\_  
transfundiertes  
Blutvol. (ml): \_\_\_\_\_  
Bedside-Test, ABO-Blutgr.  
Patient: \_\_\_\_\_ Konserve: \_\_\_\_\_  
Körpertemperatur  
vor Transf.: \_\_\_\_\_ nach: \_\_\_\_\_

**Klinische Verdachtsdiagnose:**

- akute hämolytische TR
- V.a. verzögerte hämolytische TR
- febrile, nichthämolytische TR
- anaphylaktische TR
- transfusionsassoz. kardiale Lungeninsuff. (TACO)
- transfusionsassoz.(immunol.) Lungeninsuff. (TRALI)
- septische Reaktion (Blutkultur d. Patienten angelegt?)
- posttransfusionelle Thrombozytopenie
- V.a. übertragene Infektionskrankheit welche:
- V.a. transfusionsass. GvHR
- sonstige Transfusionsreaktion welche:

**Grad der Reaktion:**

leicht  mittel  schwer

**Subjekt. Beschwerden:**

- Hautjucken
- Übelkeit
- Schwindelgefühl
- Kopfschmerz
- Rücken-/Flankenschmerz
- sonstige welche:
- Erbrechen
- Dyspnoe, Ateminsuffizienz
- Pulmonale Infiltrate
- Urticaria/Flush
- akute Gesichtsrötung
- Temperaturanstieg > 1 °C
- Hämoglobinurie/Anurie
- Blutdruckabfall
- Kollaps/Schock
- Tachykardie/Arrhythmie
- Ikterus

- Purpura
- sonstige welche:
- Blutungen wo:

**Labor:**

- LDH erhöht
- freies Plasma-Hb erhöht
- Bilirubin erhöht

Bitte beschreiben Sie uns bei schweren Reaktionen und bei vermuteter Übertragung von Infektionskrankheiten (Hepatitis, HIV, etc.) den Zeitverlauf und teilen Sie uns weitere Symptome und die bisher erhobenen Laborbefunde auf der Rückseite dieses Formulars mit!

Klinik/Station \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift/Stempel Ärztin/Arzt \_\_\_\_\_

<sup>1</sup>Zur Nachuntersuchung einer Transfusionsreaktion erbitten wir neben den Blutkonserven (Transfusionssystem belassen, steril verschließen!) eine Patientenblutprobe: 7,5 ml Nativblut ohne gerinnungshemmende Zusätze und 7,5 ml EDTA-Blut sowie ggf. eine Patientenblutprobe vor Transfusion Informieren Sie bei jeder Transfusionsreaktion die/den diensthabende/n Ärztin/Arzt der Transfusionsmedizin (über Tel. 494 7453).

<sup>2</sup>Produktart: Erythrozytenkonzentrat (EK), Gefrorenes Frischplasma (GFP), Thrombozytenkonzentrat (TK), zusätzlich: bestrahlt (R), autolog (A). Bitte kennzeichnen Sie das Produkt ①...④, das Ihrer Meinung nach am ehesten im Zusammenhang mit der Transfusionsreaktion steht.