

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

Klinikum der Universität Rostock  
An: **Abt. für Transfusionsmedizin**  
Ernst-Heydemann-Str. 6  
18057 Rostock

FAX: 0381 494 7694  
Tel: 0381 494 7681

**Patient:**

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

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

Bekannte Antikörper gegen Erythroz., Leukozyt., Thr.: \_\_\_\_\_

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. pulmonale TR (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:

**Klinische Symptome:**

- ..... Schweißausbruch
- ..... Schüttelfrost

**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!

Krankenhaus/Station \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift/Stempel Ärztin/Arzt \_\_\_\_\_

<sup>1</sup>Zur Nachuntersuchung einer Transfusionsreaktion erbitten wir neben den Blutkonserven (Transfusionssystem belassen, steril verschließen!), eine Patientenblutprobe: 10-15 ml Nativblut ohne gerinnungshemmende Zusätze und 10 ml EDTA-Blut sowie ggf. eine Patientenblutprobe vor Transfusion. Informieren Sie bei schwerwiegenden Transfusionsreaktionen die/den diensthabenden Ärztin/Arzt der Transfusionsmedizin (über Tel. 494 7453).

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