

Meldung über eine Transfusionsreaktion¹

Universitätsmedizin Rostock
An: **Inst. 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., Thrombozyt.: _____

Grunderkrankung: _____

Konserven-Nr./Produktart/Hersteller²: _____

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 _____ Tel. _____ Datum _____ Unterschrift/Stempel Ärztin/Arzt _____

¹Zur 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).

²Produktart: 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. (v6, Februar 2018)