



Meldebogen Transfusionsreaktion/ Fehltransfusion

Krankenhaus: _____	Station: _____
Telefon: _____	Telefax: _____
Patient/in: (Etikett) Name: Vorname: Geburtsdatum:	<input type="checkbox"/> m frühere: <input type="checkbox"/> Transfusionen <input type="checkbox"/> Transplantationen <input type="checkbox"/> Schwangerschaften <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> Transfusionsreaktionen (welche?): _____ <input type="checkbox"/> d
Blutgruppe:	Grunderkrankung: Begleiterkrankungen: Indikation zur Transfusion: Begleitmedikation: ggf. Prämedikation:

Blutprodukte [x]			Konserven-Nr. od. Chargen-bezeichnung (Etikett aufkleben) – ggf. Liste beifügen	transfundierte Menge [ml]	Datum / Uhrzeit (von – bis) der Transfusion
EK	GFP	TK			

Transfusion unter Narkose <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	AB0-Bedside-Test durchgeführt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> inkorrekt (freiwillige Angabe)
---	--

Befunde des Empfängers (Klinische Beschwerden / Symptome): (Mehrfachnennung ist möglich)

<input type="checkbox"/> Unwohlsein	<input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Erbrechen	<input type="checkbox"/> Husten	<input type="checkbox"/> Heiserkeit	<input type="checkbox"/> Stridor	<input type="checkbox"/> RR-Abfall sys. <input type="checkbox"/> < 20 mmHg <input type="checkbox"/> >20 mmHg
<input type="checkbox"/> Diarrhoe	<input type="checkbox"/> Bauchkrämpfe	<input type="checkbox"/> Schüttelfrost	<input type="checkbox"/> akute Dyspnoe	<input type="checkbox"/> RR-Anstieg	<input type="checkbox"/> Herzfrequenzanstieg <input type="checkbox"/> < 20/min <input type="checkbox"/> >20/min	<input type="checkbox"/> Kreislaufkollaps/ <input type="checkbox"/> Schock
<input type="checkbox"/> Temperaturanstieg <input type="checkbox"/> >1°C <input type="checkbox"/> >2°C	<input type="checkbox"/> Fieber	<input type="checkbox"/> Temperatur >39°C	<input type="checkbox"/> Zyanose	<input type="checkbox"/> Pulmonale Infiltrate/ <input type="checkbox"/> bilateral (Röntgen)	<input type="checkbox"/> Lungenödem	<input type="checkbox"/> O ₂ -Sättigung <90%
<input type="checkbox"/> Hitzewallung / <input type="checkbox"/> Schweißausbruch	<input type="checkbox"/> Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/> Hautrötung / Erythem	<input type="checkbox"/> Tachypnoe	<input type="checkbox"/> Oligurie/Anurie	<input type="checkbox"/> Makrohämaturie	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Juckreiz/ Ausschlag/ Schwellung	<input type="checkbox"/> Thoraxschmerzen	<input type="checkbox"/> Petechien / <input type="checkbox"/> Blutungen	<input type="checkbox"/> Rücken-/Flankenschmerzen	<input type="checkbox"/> Ikterus	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____

Labor Empfänger (vor / nach Transfusionsreaktion, innerhalb von 24 Std.):

vor / nach	<input type="checkbox"/> LDH (U/l) _____ / _____	<input type="checkbox"/> IgA-Wert (mg/dl) _____ / _____
<input type="checkbox"/> Hämoglobin (g/dl) _____ / _____	<input type="checkbox"/> thrombozytäre Antikörper: _____	<input type="checkbox"/> erythrozytäre Antikörper _____
<input type="checkbox"/> Bilirubin (gesamt , mg/dl) _____ / _____	<input type="checkbox"/> Blutkultur angelegt (bitte Ergebnis mitteilen)	<input type="checkbox"/> sonstige: _____
<input type="checkbox"/> Haptoglobin (g/l) _____ / _____		
<input type="checkbox"/> NT-proBNP _____ / _____		

Verdachtsdiagnose:

<input type="checkbox"/> hämolytische Reaktion (HTR)	<input type="checkbox"/> Graft-versus-Host-Reaktion	
<input type="checkbox"/> allergische Reaktion	<input type="checkbox"/> TRALI (Rö-Thorax!)	→ bitte zusätzlich S. 3 ausfüllen!
<input type="checkbox"/> anaphylaktische Reaktion	<input type="checkbox"/> transfusionsbedingte Dyspnoe	→ bitte zusätzlich S. 3 ausfüllen!
<input type="checkbox"/> febrile Reaktion (FNHTR)	<input type="checkbox"/> Hypervolämie (TACO)	→ bitte zusätzlich S. 3 ausfüllen!
<input type="checkbox"/> bakterielle Reaktion	<input type="checkbox"/> Fehltransfusion	
<input type="checkbox"/> Posttransfusionelle Purpura (PTP)	<input type="checkbox"/> weitere Infektionen	<input type="checkbox"/> sonstige _____

Verlauf und Therapie:

► **Beginn** der Reaktion: _____ ► **Ende** der Reaktion: _____ (Datum / Uhrzeit)

Grad der Reaktion:

leicht (nicht schwerwiegend) mittel (nicht schwerwiegend) schwerwiegend*

* **schwerwiegende Nebenwirkung:** Die Nebenwirkung ist tödlich oder lebensbedrohend (z.B. anaphylaktische Reaktion), führt zu einer Arbeitsunfähigkeit oder einer Behinderung, hat eine stationäre Behandlung oder eine Verlängerung einer stationären Behandlung zur Folge.

Ausgang der Reaktion: wiederhergestellt wiederhergestellt mit Spätfolgen
 noch nicht wiederhergestellt unbekannt

Exitus Datum _____ Todesursache: _____ Sektion ja nein

Vermuteter Zusammenhang:³ sicher möglich ausgeschlossen
 wahrscheinlich unwahrscheinlich nicht zu beurteilen

Informiert werden: Transfusionsbeauftragter Transfusionsverantwortlicher PEI AkdÄ

Bemerkungen des transfusionsmedizinischen Konsiliararztes, Transfusionsbeauftragten oder Transfusionsverantwortlichen:

Krankenhaus/ Station (Stempel):

Tel.-Nr.:

Fax. Nr.:

Datum

Name in Blockschrift/ Unterschrift Arzt/ Ärztin

Praktisches Vorgehen:

- Venösen Zugang belassen und offenhalten, symptomatische bzw. kausale Therapie einleiten und symptombezogen überwachen
- Dokumentation der therapeutischen Maßnahmen und des klinischen Verlaufes in der Patientenakte
- Asservierung von Probenmaterial zur Abklärung des Zwischenfalls (incl. verschlossener Präparatebeutel), ggf. Blutkulturen bei dringendem Verdacht auf bakterielle Kontamination
- Bei Verdacht auf TRALI (Transfusionsassoziierte akute Lungeninsuffizienz) Röntgen-Thorax

Abklärung von Nebenwirkungen bzw. unerwünschten Ereignissen: an das Labor unverzüglich zu schicken sind:

- Bericht über Transfusionsreaktion, vollständig ausgefüllt
- 10 ml Nativblut des Empfängers nach Transfusion
- Je 2 x 4,9 ml EDTA-Blut vor und nach Transfusion - Blutproben mit Name, Vorname, Geburtsdatum beschriftet
- Restmaterial des Blutpräparates (steril) mit Transfusionsbesteck

Begriffsdefinition:

1. Unerwünschtes Ereignis nach § 16 Transfusionsgesetz (TFG): Alle unerwarteten Komplikationen nach der Anwendung von Blutprodukten bzw. gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen zur Behandlung von Hämostasestörungen, auch wenn der Zusammenhang mit der Transfusion zunächst nicht unmittelbar erkennbar ist.

Nebenwirkung bzw. Verdacht einer Nebenwirkung/unerwünschte Arzneimittelwirkung (UAW) nach § 4 Arzneimittelgesetz (AMG), § 16 TFG: Nebenwirkung ist die beim bestimmungsgemäßen Gebrauch eines Arzneimittels auftretende schädliche unbeabsichtigte Reaktion. Der Verdacht beruht in der Regel auf den zeitlichen Zusammenhang der Nebenwirkung mit der Anwendung von Blutprodukten bzw. gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen zur Behandlung von Hämostasestörungen.

Schwerwiegende Nebenwirkung (§ 4 AMG): die Nebenwirkung ist tödlich oder lebensbedrohend (z.B. anaphylaktische Reaktion), führt zu einer Behinderung oder Invalidität oder hat eine stationäre Behandlung oder eine Verlängerung einer stationären Behandlung zur Folge.

Unterrichtungspflichten bei unerwünschten Ereignissen nach § 16 Transfusionsgesetz: Unverzügliche Information der transfusionsbeauftragten und transfusionsverantwortlichen Person (oder deren Vertreter) durch den transfundierenden Arzt (unerwünschtes Ereignis).

Zusätzlich ist bei Verdacht einer Nebenwirkung der Blutspendedienst bzw. pharmazeutische Unternehmer zu unterrichten. Bei schwerwiegenden Nebenwirkungen ist außerdem das Paul-Ehrlich-Institut als oberste Bundesbehörde zu verständigen. Auf die Meldepflicht an die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft gemäß ärztlicher Berufsordnung, Infektionsschutzgesetz, ggf. Laborberichtsverordnung (nur bei Infektionsübertragung) wird hingewiesen.

2. Unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW) nach Meldebogen der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaften (AKdÄ).

3. Nach den Kriterien des Paul-Ehrlich-Instituts (PEI) zur Kausalitätsbewertung bei UAW-Verdachtsfällen.

Paul-Ehrlich-Institut
 Paul-Ehrlichstr. 51-59
 63225 Langen
www.pei.de

AkdÄ
 Herbert-Lewin-Platz 1 (Wegelystr.)
 10623 Berlin
www.akdae.de

Robert-Koch-Institut (RKI)
 Nordufer 20
 13353 Berlin
www.rki.de

Dokument: 13493/13- : Bericht über Transfusionsreaktion / Fehltransfusion (ID-MA-L-001A) | Hinweise: | Gültig ab:08.11.2022

Geltungsbereich: Mannheim-Immunhämatologie-Patientendiagnostik; | Status: Gültig

Gültige bzw. genehmigte Formblätter sind elektronisch signiert und daher ohne Unterschrift gültig. | Seite 2 von 3

