

Verdacht einer Transfusionsreaktion

Bericht über unerwünschte Arzneimittelreaktionen (UAW) nach Anwendung von Blutprodukten

Einrichtung der Krankenversorgung: PLZ/Ort/Straße: Tel.: _____ Fax: _____ email: _____		Patient/in: Name, Vorname: Geburtsdatum: <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m (Etikett)		
Transfusionen in letzten 24 h (vor dem Ereignis): <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja welche ?	weiterer Transfusionsbedarf in den folgenden 24 h: EK ____ TK ____ GFP ____		Grunderkrankung: Begleiterkrankungen:	
Indikation zur Transfusion:		Blutgruppe	Schwangerschaften ? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Indikation zur Transfusion:				
Applizierte Blutzneimittel ggf. Liste beifügen, wenn > 3	Menge	Hersteller	Kons.-Nr./ Chargen-Nr.	Datum/Uhrzeit der Anwendung
①				
②				
③				
Begleitmedikation: _____ Transfusion unter Narkose: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Ergebnis der Verträglichkeitsprüfung : <input type="checkbox"/> verträglich <input type="checkbox"/> nicht verträglich Bed-side-Test : <input type="checkbox"/> o.B. <input type="checkbox"/> auffällig UAW - Beginn: _____ UAW - Ende _____ Datum (wenn verzögerte UAW) / Uhrzeit _____				
Klinische Zeichen <input type="checkbox"/> Unwohlsein <input type="checkbox"/> Schweißausbruch <input type="checkbox"/> Schüttelfrost <input type="checkbox"/> Dyspnoe <input type="checkbox"/> Hautjucken <input type="checkbox"/> Schwindelgefühl <input type="checkbox"/> Übelkeit <input type="checkbox"/> Erbrechen <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen <input type="checkbox"/> Rückenschmerzen <input type="checkbox"/> Muskel-/Flankenschmerzen <input type="checkbox"/> abdominelle Schmerzen <input type="checkbox"/> Nierenschmerzen		Klinische Symptome <input type="checkbox"/> Urticaria/"Flush" <input type="checkbox"/> Temperaturanstieg <input type="checkbox"/> > 1°C <input type="checkbox"/> > 2°C <input type="checkbox"/> Bronchospasmus/ Tachypnoe <input type="checkbox"/> Hypotonie syst. <input type="checkbox"/> Δ > 30 mm Hg <input type="checkbox"/> Hypertonie syst. <input type="checkbox"/> Δ > 30 mm Hg <input type="checkbox"/> Tachykardie <input type="checkbox"/> < 30/min <input type="checkbox"/> > 30/min <input type="checkbox"/> Hämoglobinurie/Anurie <input type="checkbox"/> Kollaps/Schock <input type="checkbox"/> Ikterus <input type="checkbox"/> Purpura/Blutungen <input type="checkbox"/> pulmonale Infiltrate <input type="checkbox"/> Lungenödem		Klinische Verdachtsdiagnose <input type="checkbox"/> akute hämolytische Reaktion <input type="checkbox"/> verzögerte hämolytische Reaktion <input type="checkbox"/> febrile nicht hämolytische Reaktion <input type="checkbox"/> allergische Reaktion <input type="checkbox"/> Transfusionsassoziierte Lungen- insuffizienz (TRALI) <input type="checkbox"/> anaphylaktische Reaktion <input type="checkbox"/> septische Reaktion <input type="checkbox"/> Hypervolämie (TACO) <input type="checkbox"/> _____
Zentrallaboreergebnisse (soweit bestimmt) <input type="checkbox"/> LDH erhöht <input type="checkbox"/> Haptoglobin erniedrigt		<input type="checkbox"/> freies Plasma-Hb erhöht <input type="checkbox"/> Hämoglobin im Urin <input type="checkbox"/> Bilirubin erhöht		<input type="checkbox"/> Antikörper <input type="checkbox"/> Blutkultur des Patienten angelegt
Grad der Reaktion:		<input type="checkbox"/> nicht schwerwiegend <input type="checkbox"/> schwerwiegend , da		<input type="checkbox"/> Dauerschädigung <input type="checkbox"/> lebensbedrohlich <input type="checkbox"/> stationäre Einweisung <input type="checkbox"/> Infektion <input type="checkbox"/> _____
vor Transfusion: HK...../l Thrombozyten.....Gpt/l Temperatur:.....°C	RRmmHg			
nach Transfusion: HK...../l Thrombozyten.....Gpt/l Temperatur:.....°C	RRmmHg			
Ausgang der UAW: <input type="checkbox"/> wiederhergestellt <input type="checkbox"/> wiederhergestellt mit Defekt <input type="checkbox"/> noch nicht wiederhergestellt <input type="checkbox"/> Exitus Todesursache: _____ Sektion: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>				
Transfusionsbeauftragter informiert <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja				
Vermuteter Zusammenhang mit dem/ den Blutzneimittel/n: <input type="checkbox"/> gesichert <input type="checkbox"/> wahrscheinlich <input type="checkbox"/> möglich <input type="checkbox"/> unwahrscheinlich <input type="checkbox"/> nicht beurteilt				
Station / Tel.-Nr. / Name des transfundierenden Arztes: Stempel / Unterschrift: _____ Datum: _____				

Begriffsdefinitionen

Nebenwirkungen = unerwünschte Arzneimittelwirkungen = UAW sind schädliche und unbeabsichtigte Reaktionen auf das Arzneimittel.

Schwerwiegende UAW sind Nebenwirkungen, die tödlich oder lebensbedrohend sind, eine stationäre Behandlung oder Verlängerung einer stationären Behandlung erforderlich machen, zu bleibender oder schwerwiegender Behinderung, Invalidität, kongenitalen Anomalien oder Geburtsfehlern führen.

Diese können bei Anwendung von Blutzweckmitteln sein:

- hämolytische Transfusionsreaktion
- anaphylaktische Reaktion
- Graft vs. Host Erkrankung
- Transfusionsassoziierte akute Lungeninsuffizienz (TRALI)
- Transfusionspurpura
- Sepsis
- Virusübertragung

→ Sonstige gelten als **nicht schwerwiegend**

Praktisches Vorgehen :

- Dokumentation aller therapeutischen Maßnahmen und des klinischen Verlaufes der unerwünschten Arzneimittelreaktion in der Patientenakte
- Asservierung von Probenmaterial zur Abklärung der UAW inkl. der dicht verschlossenen Blutbeutel
- ggf. Ansatz von Blutkulturen des Patienten bei dringendem Verdacht auf Sepsis
→ Einsendung an das Institut für Mikrobiologie
- Meldung an den Transfusionsbeauftragten
- **Der Einrichtung für Transfusionsmedizin sind unverzüglich einzuschicken:**
 - ✓ **vollständig ausgefüllter Meldebogen (Kopie in Patientenakte ablegen)**
 - ✓ **10 ml EDTA-Blut und 10 ml Nativblut des Patienten (bei Kindern entsprechend angepasst)**
 - ✓ **Blutbeutel inkl. Transfusionsbesteck**
 - ✓ **bereits vorliegende Ergebnisse von klinisch-chemischen Laboruntersuchungen**

Weder **Konservenbegleitscheine** → Ablage im Blutbuch der Station
noch **Kreuzprobenprotokolle** → Ablage in der Krankenakte des Patientenakte einsenden.

Die abschließende Bewertung der Ergebnisse der durchgeführten Untersuchungen teilt der Stufenplanbeauftragte der Einrichtung für Transfusionsmedizin schriftlich und zeitnah zur Meldung der UAW mit. Bei auffälligen Befunden erfolgen telefonische Vorabinformationen, soweit diese für weitere Transfusionen relevant sind.

Ebenso erfolgt die Meldung schwerwiegender UAW gemäß AMG /TFG durch den Stufenplanbeauftragten. Die Meldepflicht an die Kommission der deutschen Ärzteschaft bleibt davon unberührt. (Berufsordnung !)

Weitere Hinweise s. Kap. 12 der Transfusionsordnung des Universitätsklinikums.

Einrichtung für Transfusionsmedizin am Universitätsklinikum Halle (Saale)

Ernst-Grube-Str. 40
06120 Halle

Tel.: 0345 557 5675/ 76 (Blutkonservenausgabe – 24 h besetzt)

Fax: 0345 557 5678

Dr. med. J. Hering
Transfusionsverantwortlicher am Universitätsklinikum / Tel. 0345 557 5610

Dr. J. Harth (5620); Dr. M. Kiese (5650) bzw. Dr. J. Hering (5610/ 5601)
Stufenplanbeauftragte der Einrichtung