**Bericht über unerwünschte Arzneimittelreaktion (UAW)**

(Verdacht auf eine Transfusionsreaktion nach Gabe von Blutprodukten)

|  |  |
| --- | --- |
| Krankenhaus/Abteilung/Station: … | E-Mail: … |
| Straße, Nr.: … | Tel.: … |
| PLZ/ Ort: … | Fax: … |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Pat. Initialen (Name, Vorname):  … | Geburtsdatum:  … | Geschlecht  weiblich männlich divers | schwerwiegend  nicht schwerwiegend |

|  |  |
| --- | --- |
| Indikation zur Transfusion: … | Blutgruppe des Empfängers:  … |
| Grunderkrankung/Begleiterkrankung: … |
| Begleitmedikation: … | Bedside-Test durchgeführt: |
| ja nein inkorrekt |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Blutprodukte | | | | Herstellung | | Hersteller | Produkt-Nr. | Blutgruppe  Produkt | Spende | Transfusion | |
| EK | GFP | P-TK | A-TK | be-strahlt | inakti-viert | Datum | Datum | Uhrzeit  (von-bis) |
|  |  |  |  |  |  | … | … | … | … | … | … |
|  |  |  |  |  |  | … | … | … | … | … | … |
|  |  |  |  |  |  | … | … | … | … | … | … |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Befunde Empfänger:in** (Mehrfachnennung ist möglich) | | |
| Unwohlsein Übelkeit Erbrechen | Husten Heiserkeit Stridor | RR-Abfall syst. <20 mmHg >20 mmHg |
| Diarrhoe Bauchkrämpfe | Akute Dyspnoe | RR-Anstieg |
| Schüttelfrost | Zyanose | Herzfrequenz Anstieg um  <20 /min >20 /min |
| Temperaturanstieg >1 °C >2 °C | Tachypnoe | Kreislaufkollaps Schock |
| Fieber Temp. >39 °C | Rücken-/Flankenschmerzen | Pulmonale Infiltrate bilateral (Röntgen) |
| Hitzewallung Schweißausbruch | Oligurie/Anurie Makrohämaturie | Lungenödem |
| Kopfschmerzen | Ikterus | O2-Sättigung <90 % |
| Hautrötung/Erythem | Petechien Blutungen | … |
| Juckreiz/Ausschlag/Schwellung | Thoraxschmerzen | … |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Verdachtsdiagnose** | | |
| Hämolytische Reaktion (HTR) | Hypervolämie (TACO) | Weitere Infektionen (z. B. Lues, Malaria) |
| Allerg./Anaphylakt. Reaktion (ATR) | Posttransfusionelle Purpura (PTP) | … |
| Febrile Reaktion (FNHTR) | Graft-versus-Host-Reaktion | Fehltransfusion |
| Transfusonsbedingte Dyspnoe (TAD) | Bakterielle Reaktion | Sonstige |
| TRALI | Virale Transmission | … |

|  |  |
| --- | --- |
| Labordaten Empfänger: … | |
| Therapeutische Maßnahmen nach Auftreten der Transfusionsreaktion: …  … | |
| durch Reaktion verlängerter stat. Aufenthalt | Hospitalisierung nach ambul. Transfusion |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Beginn der Reaktion (Datum/ Uhrzeit): … | Ende der Reaktion (Datum/ Uhrzeit): … | | |
| Ausgang der Reaktion:  wiederhergestellt wiederhergestellt mit Spätfolgen noch nicht wiederhergestellt unbekannt | | | |
| Exitus Todesursache: … | | Datum: … | Sektion:  ja nein |

|  |  |
| --- | --- |
| **Name des behandelnden Arztes/ Transfusionsverantwortlichen/ Stufenplanbeauftragten**:  … | |
| Klinik/ Praxis: … | |
| Straße, Nr.: … | Tel.-Nr.: … |
| PLZ / Ort: … | Fax-Nr.: … |
| E-Mail: … | |
| Datum: … Unterschrift: … | |

**Zur Prüfung der involvierten Blutprodukte durch den Hersteller/ Blutspendedienst (BSD)**ist bitte folgendes an den Blutspendedienst (Lieferanten) einzusenden:

|  |
| --- |
| Meldebogen „Bericht über unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW)“ als Kopie |
| involvierte Konservenbeutel inkl. Transfusionsbesteck, verschlossen durch z. B. Klemme und Transport in einem geeigneten Transportbehältnis |
| ggf. zur Abklärung erhobene immunhämatologische und mikrobiologische Patienten-Befunde |

**Bitte wählen Sie die Adresse des für Sie zuständigen Vertriebszentrums:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Leipzig**  Haema AG  Zentrale Verarbeitung  Landsteinerstr. 1  04103 Leipzig  Tel.: 0341 47830- 10201 oder -10202  Fax: 0341 47830- 10250 | **Berlin**  Haema AG  Logistik, Verarbeitung, Vertrieb  Wolfener Str. 36  12681 Berlin  Tel.: 030 311617- 100  Fax: 030 311617- 109 |
| **Essen**  Haema AG  Kettwiger Str. 64  45127 Essen  Tel.: 0201 94604- 700 oder -701  Fax: 0201 94604- 770 |  |

Möchten Sie die **Transfusionsreaktion durch den BSD immunhämatologisch abklären** lassen, schicken Sie bitte folgendes an das für Sie zuständige Vertriebszentrum:

|  |
| --- |
| Laboranforderungsschein mit Angabe der Untersuchungen und den Verweis auf den entsprechenden UAW-Bericht |
| Reste der Patientenblutprobe, die zur Kreuzprobe verwendet wurde |
| 1 Röhrchen Citrat- bzw. EDTA-Blut des Patienten **vor** Transfusion (mit eindeutiger Kennzeichnung) |
| 1 Röhrchen Citrat- bzw. EDTA-Blut des Patienten **nach** Transfusion (mit eindeutiger Kennzeichnung) |
| 1 Röhrchen Nativblut (Serum) |