Untersuchungsauftrag oder Meldung des Verdachts einer Transfusionsreaktion

an den DRK-Blutspendedienst NSTOB

Deutsches Rotes Kreuz
BLUTSPENDEDIENST
NSTOB

☐ **Meldung und Auftrag zur Abklärung** ☐ **Nur Meldung (bei Abklärung durch Einsender)**
☐ **Meldung und Auftrag zu Steriltest / HLA-AK / ……** (gewünschte Untersuchung bitte unterstreichen)
☐ **Nur Auftrag zur Abklärung (Ausschlussdiagnostik) bei klinischem Verdacht auf Koinzidenz**

E-Mail: stufenplan@bsd-nstob.de **Tel.: (05041) 772-0**	Dieses Feld bitte nicht ausfüllen **UAW-Nr**	**Fax.: (05041) 772-421**

Klinik / Praxis: **Straße:** **PLZ:** **Ort:** **Tel.:** **Fax:**	Dieses Feld bitte nicht ausfüllen Eingang beim Blutspendedienst

Pat. Name, Vorname (Ident. Code)	Geburtsdatum	Geschlecht: ☐weiblich ☐ männlich	Blutgruppe des Empfängers

Grunderkrankung: Indikation zur Transfusion:	Grad der Reaktion: ☐ nicht schwerwiegend ☐ schwerwiegend, da ☐ lebensbedrohlich ☐ stat. Einweisung ☐ Dauerschädigung ☐ Infektion ☐ _____

Art des Blutprodukts (z.B. EK VBF bestrahlt)	Ggf. Fremd-Hersteller	Produkt- Nr:	Datum/ Uhrzeit der Transfusion von - bis

Begleitmedikation:

Befunde des Empfängers: (Mehrfachnennung ist möglich)

☐ Unwohlsein	☐ Muskel-/ Flankenschmerzen	☐ Hämoglobinurie/ Anurie
☐ Schweißausbruch	☐ Urticaria/ Hautjucken	☐ Ikterus
☐ Schüttelfrost	☐ Dyspnoe	☐ Purpura/ Blutungen
☐ Temperaturanstieg ☐ >1 °C ☐ >2 °C	☐ Bronchospasmus	☐ pulmonale Infiltrate (Rö-Diagnostik)
☐ Schwindelgefühl	☐ Lungenödem	☐ O_2-Sättigung <90%
☐ Übelkeit	☐ Tachykardie ☐ >120/ min ☐ Δ> 40/ min	☐ abdominelle Schmerzen
☐ Erbrechen	☐ Hypotonie syst. ☐ Δ >30 mmHg	☐ Nierenschmerzen
☐ Kopfschmerz	☐ Kollaps ☐ Schock	☐ Makrohämaturie
☐ Fieber > 39 °C	☐ Hypertonie syst. ☐ Δ >30 mmHg	☐

Verdachtsdiagnose

☐ hämolytische Reaktion	☐ Infektionsübertragung (bitte formloser ausführlicher Bericht)	☐ posttransfusionelle Purpura
☐ allergische Reaktion	☐ TRALI (bitte auch Meldebogen „TRALI“)	☐ Graft-versus-Host-Reaktion
☐ febrile Reaktion	☐ transfusionsbedingte Dyspnoe	☐ Inkompatibilität
☐ bakterielle Reaktion	☐ Hypervolämie (TACO)	☐ sonstige

Labor / therapeutische Maßnahmen nach Auftreten der Transfusionsreaktion

(Detaillierte Angaben bitte nötigenfalls auf weiterführendem Blatt)

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

Ausgang der Reaktion: ☐ wiederhergestellt ☐ wiederhergestellt mit Spätfolgen ☐ unbekannt

Exitus ☐ Todesursache: Datum Sektion ja ☐nein ☐

☐ **Die Meldung wurde mit dem Transfusionsverantwortlichen / Meldeverantwortlichen abgesprochen**

Meldendender Arzt (Name in Druckschrift, Tel.-Nr für Rückfragen):

Datum: **Unterschrift**