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

Verdachtsdiagnose

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

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

Datum: **Unterschrift**