



Bericht über transfusionsbedingte Nebenwirkungen

Probenmaterial: 1. ca. 10 ml EDTA-Blut vom Patienten **vor und nach** Transfusion
2. Blutprodukt inkl. Transfusionsbesteck (abgeklemmt/verschlossen)

An: **BZD Gesellschaft für Transfusionsmedizin mbH**
Königstr. 63
47051 Duisburg
Tel: 0203-30095-11 Fax: 0203-30095-55

Produkt	Konserven-Nr.	transfundierte Menge	Datum/Uhrzeit der Anwendung	Beginn der Reaktion	Ende der Reaktion

Name des Empfängers: _____ Geb. Datum: _____

Grunderkrankung: _____ Blutgruppe: _____

frühere Transfusionen: Ja Nein Schwangerschaften: Ja Nein
gute Verträglichkeit: Ja Nein

Klinische Zeichen /Klinische Symptome

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Unwohlsein | <input type="checkbox"/> Muskel-/ und Flankenschmerzen | <input type="checkbox"/> Hämoglobinurie/Anurie |
| <input type="checkbox"/> Schweißausbruch | <input type="checkbox"/> Urticaria/Flush/Hautjucken | <input type="checkbox"/> Ikterus |
| <input type="checkbox"/> Schüttelfrost | <input type="checkbox"/> Dyspnoe | <input type="checkbox"/> Purpura/Blutungen |
| <input type="checkbox"/> Temp. Anstieg <input type="checkbox"/> >1°C <input type="checkbox"/> >2°C | <input type="checkbox"/> Bronchospasmus | <input type="checkbox"/> pulmonale Infiltrate (Rö-Diag.) |
| <input type="checkbox"/> Schwindelgefühl | <input type="checkbox"/> Lungenödem | <input type="checkbox"/> O ₂ -Sättigung <90% |
| <input type="checkbox"/> Übelkeit | <input type="checkbox"/> Herzfrequenz Anstieg <input type="checkbox"/> <30/min <input type="checkbox"/> >30/min | |
| <input type="checkbox"/> Erbrechen | <input type="checkbox"/> RR-Abfall syst. <input type="checkbox"/> <30 mmHg <input type="checkbox"/> >30 mmHg | |
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> Kollaps/Schock | |
| <input type="checkbox"/> abdominelle Schmerzen | <input type="checkbox"/> Nierenschmerzen | <input type="checkbox"/> Makrohämaturie |
| <input type="checkbox"/> (andere)..... | | |

Schwergrad der Reaktion

mild mittelschwer schwerwiegend

Verdachtsdiagnose:

- hämolytische Reaktion allergische Reaktion febrile Reaktion Inkompatibilität
 Transfusionsbedingte Dyspnoe Posttransfusionelle Purpura GvH-Reaktion
 Sonstige.....

Ausgang der Reaktion:

wiederhergestellt nicht wiederhergestellt (KH-Transport/stationäre Aufnahme)

Therapeutische Maßnahmen (Medikation) und Verlauf

Ort/Datum/Stempel

Unterschrift des Arztes

Telefonnummer für Rückfragen: _____

BZD.99-ND.10-015.01