

Form.
1a2

**Meldung des Verdachts einer Transfusionsreaktion
bei der Anwendung von Blutprodukten nach § 16 TFG**
nicht schwerwiegend schwerwiegend



an das Paul-Ehrlich-Institut, Referat Arzneimittelsicherheit, Paul-Ehrlich-Str. 51-59, 63225 Langen
weitere Angaben siehe: www.pei.de - Ärzte und Apotheker - Hämovigilanz

E-Mail: pharmakovigilanz2@pei.de Dieses Feld bitte nicht ausfüllen
Tel.: (06103) 77-3116 **PEI- Nr.:** **Fax.: (06103) 77-1268**

DRK-Blutspendedienst West
gemeinnützige Gesellschaft mit beschränkter Haftung
Zentrum für Transfusionsmedizin Münster, Sperlichstraße 15, 48151 Münster
Tel.-Nr.: 0251 / 709-268, Fax-Nr.: 0251 / 709-273

Dieses Feld bitte nicht ausfüllen
Eingang der Meldung beim PEI
(Eingangsstempel)

Pat. Name, Vorname (Ident. Code)	Geburtsdatum	Geschlecht: <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	Blutgruppe des Empfängers
----------------------------------	--------------	--	---------------------------

Grunderkrankung: _____
Indikation zur Transfusion: _____

Blutprodukte (ggf. Liste beifügen)				Herstellung		Hersteller	Produkt- Nr:	Datum der Spende	Datum/ Uhrzeit der Transfusion von - bis
EK	GFP	P- TK	A- TK	be- strahlt	in- aktiviert				

Begleitmedikation: _____

Befunde des Empfängers: (Mehrfachnennung ist möglich)

<input type="checkbox"/> Unwohlsein	<input type="checkbox"/> Muskel-/ Flankenschmerzen	<input type="checkbox"/> Hämoglobinurie/ Anurie
<input type="checkbox"/> Schweißausbruch	<input type="checkbox"/> Urticaria/ Hautjucken	<input type="checkbox"/> Ikterus
<input type="checkbox"/> Schüttelfrost	<input type="checkbox"/> Dyspnoe	<input type="checkbox"/> Purpura/ Blutungen
<input type="checkbox"/> Temperaturanstieg <input type="checkbox"/> >1 °C <input type="checkbox"/> >2 °C	<input type="checkbox"/> Bronchospasmus	<input type="checkbox"/> pulmonale Infiltrate (Rö-Diagnostik)
<input type="checkbox"/> Schwindelgefühl	<input type="checkbox"/> Lungenödem	<input type="checkbox"/> O ₂ -Sättigung <90%
<input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Tachykardie <input type="checkbox"/> <30/ min <input type="checkbox"/> >30/ min	<input type="checkbox"/> abdominelle Schmerzen
<input type="checkbox"/> Erbrechen	<input type="checkbox"/> Hypotonie syst. <input type="checkbox"/> <30 mmHg <input type="checkbox"/> >30 mmHg	<input type="checkbox"/> Nierenschmerzen
<input type="checkbox"/> Kopfschmerz	<input type="checkbox"/> Kollaps/ Schock	<input type="checkbox"/> Makrohämaturie
<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____

Verdachtsdiagnose

<input type="checkbox"/> hämolytische Reaktion (Form. 2a)	<input type="checkbox"/> virale Transmission (Form. 2b)	<input type="checkbox"/> Posttransfusionelle Purpura
<input type="checkbox"/> allergische Reaktion (Form. 2a)	<input type="checkbox"/> weitere Infektionen (z. B. vCJK) _____	<input type="checkbox"/> Graft-versus-Host-Reaktion
<input type="checkbox"/> febrile Reaktion (Form. 2a)	<input type="checkbox"/> TRALI (Form. 2c)	<input type="checkbox"/> Inkompatibilität
<input type="checkbox"/> bakterielle Reaktion (Form. 2a)	<input type="checkbox"/> transfusionsbedingte Dyspnoe	<input type="checkbox"/> sonstige _____
	<input type="checkbox"/> Hypervolämie (TACO)	

Labor (Empfänger)/ Therapeutische Maßnahmen nach Auftreten der Transfusionsreaktion

(Detaillierte Angaben bitte auf weiterführendem Formblatt)

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

Ausgang der Reaktion: wiederhergestellt wiederhergestellt mit Spätfolgen unbekannt

Exitus Todesursache: _____ Datum _____ Sektion ja nein

Name des behandelnden Arztes/ Transfusionsverantwortlichen/ Meldeverantwortlichen:

Klinik/ Praxis:	Tel.-Nr:
PLZ:	Fax.-Nr:
Ort:	E-Mail:
Datum:	