

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 Rheinland-Pfalz/Saarland  
gemeinnützige Gesellschaft mit beschränkter Haftung  
Burgweg 5-7, 55543 Bad Kreuznach  
Tel.-Nr.: 0671 / 253-0, Fax-Nr.: 0671 / 253-229

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				

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 <sub>2</sub> -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:**

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