

Fragebogen zu pulmonalen Transfusionsreaktionen (TRALI) (für Kliniken)

Einrichtung der Krankenversorgung: PLZ/Ort/Straße: Tel.: _____ Fax: _____ email: _____		Patient/in: Name, Vorname (Etikett)	
Grunderkrankung: Begleiterkrankungen:		Geburtsdatum: _____ <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m	
Insbesondere Herzinsuffizienz Niereninsuffizienz Leberzirrhose	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Blutgruppe	Schwangerschaften ? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Indikation zur Transfusion:			
Beginn der Transfusion: _____ UAW – Beginn: _____ (Datum / Uhrzeit)			
Blutzneimittel, die <u>innerhalb von 6 h vor der Reaktion</u> gegeben wurden ggf. Liste beifügen, wenn > 3	Menge	Hersteller	Kons.-Nr./ Chargen-Nr.
Datum/Uhrzeit der Anwendung			
①			
②			
③			
Verdächtigen Sie ein bestimmtes Blutprodukt als Auslöser? Nr.: _____			
Klinisch / radiologische Diagnostik <input type="checkbox"/> Dyspnoe <input type="checkbox"/> Akutes Lungenödem (beidseitig (Auskultation)) <input type="checkbox"/> Fieber <input type="checkbox"/> Hypoxämie <input type="checkbox"/> Blutdruckabfall <input type="checkbox"/> Ausschluss einer Hypervolämie (kardial, renal, iatrogen)			
Radiologischer Vorbefund ohne Lungenödem vorhanden (Prä-Transfusions-Röntgen-Thorax) ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Radiologischer Befund nach Transfusion mit neuen bilateralen Infiltraten im Röntgen-Thorax ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Zeitpunkt: _____ Leukozytenabfall ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>			
Mögliche weitere Ursachen für akute Lungeninsuffizienz <input type="checkbox"/> Sepsis <input type="checkbox"/> Verbrennung <input type="checkbox"/> Polytrauma <input type="checkbox"/> lungenschädigende Medikamente <input type="checkbox"/> Aspiration <input type="checkbox"/> akute Pankreatitis <input type="checkbox"/> kardiopulmonaler Bypass <input type="checkbox"/> Pneumonie <input type="checkbox"/> Lungenkontusion <input type="checkbox"/> inhalatives Trauma <input type="checkbox"/> _____			
Verlauf und Therapie: Begleitmedikation (z.B. Cortison, Katecholamine): : ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> _____ Gabe von Diuretika ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> , wenn ja, verbesserte sich daraufhin die Symptomatik ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Transfusion unter Narkose: nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Ergebnis der Verträglichkeitsprüfung: <input type="checkbox"/> verträglich <input type="checkbox"/> nicht verträglich Bed-side-Test: <input type="checkbox"/> o.B. <input type="checkbox"/> auffällig			
Sauerstoffgabe nasal: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Zeitpunkt:			
Intubation: ja <input type="checkbox"/> %O ₂ : ... nein <input type="checkbox"/> Zeitpunkt: wenn Intubation, wurde Exsudat abgesaugt? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>			
Ausgang der Reaktion: Datum der Extubation: _____ <input type="checkbox"/> Patient wiederhergestellt nach ... h <input type="checkbox"/> unbekannt <input type="checkbox"/> Exitus Todesursache: Sektion: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Patient verstorben an Transfusionsreaktion <input type="checkbox"/> Patient verstorben an Grunderkrankung			
Grad der Reaktion: <input type="checkbox"/> nicht schwerwiegend <input type="checkbox"/> schwerwiegend, da	<input type="checkbox"/> Dauerschädigung <input type="checkbox"/> lebensbedrohlich	<input type="checkbox"/> stationäre Einweisung <input type="checkbox"/> Infektion <input type="checkbox"/> _____	
Transfusionsbeauftragter informiert <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
Vermuteter Zusammenhang mit dem/ den Blutzneimittel/n: <input type="checkbox"/> gesichert <input type="checkbox"/> wahrscheinlich <input type="checkbox"/> möglich <input type="checkbox"/> unwahrscheinlich <input type="checkbox"/> nicht beurteilt			
Station / Tel.-Nr. / Name des transfundierenden Arztes: Stempel / Unterschrift: _____ Datum: _____			

Kopie

gültig ab: 12.05.2015

Seite 2 von 3 (S.1 = Deckblatt - nur bei Original)

Hinweis: Gebrauchskopien sind ohne manuelle Freigabedokumentation gültig!

Begriffsdefinitionen (§ 4 Abs. 13 AMG)

Nebenwirkungen = unerwünschte Arzneimittelwirkungen = UAW sind schädliche und unbeabsichtigte Reaktionen auf das Arzneimittel.

Schwerwiegende UAW sind Nebenwirkungen, die tödlich oder lebensbedrohend sind, eine stationäre Behandlung oder Verlängerung einer stationären Behandlung erforderlich machen, zu bleibender oder schwerwiegender Behinderung, Invalidität, kongenitalen Anomalien oder Geburtsfehlern führen.

Diese können bei Anwendung von Blutzweckmitteln sein:

- hämolytische Transfusionsreaktion
- anaphylaktische Reaktion
- Graft vs. Host Erkrankung
- Transfusionsassoziierte akute Lungeninsuffizienz (TRALI)
- Transfusionspurpura
- Sepsis
- Virusübertragung

→ Sonstige gelten als **nicht schwerwiegend**

Praktisches Vorgehen :

- Dokumentation aller therapeutischen Maßnahmen und des klinischen Verlaufes der unerwünschten Arzneimittelreaktion in der Patientenakte
- Asservierung von Probenmaterial zur Abklärung der UAW inkl. der dicht verschlossenen Blutbeutel
- ggf. Ansatz von Blutkulturen des Patienten bei dringendem Verdacht auf Sepsis
→ Einsendung an das Institut für Mikrobiologie
- Meldung an den Transfusionsbeauftragten
- **Der Einrichtung für Transfusionsmedizin sind unverzüglich einzuschicken:**
 - ✓ **vollständig ausgefüllter Meldebogen (Kopie in Patientenakte ablegen)**
 - ✓ **10 ml EDTA-Blut und 10 ml Nativblut des Patienten (bei Kindern entsprechend angepasst)**
 - ✓ **Blutbeutel inkl. Transfusionsbesteck**
 - ✓ **bereits vorliegende Ergebnisse von klinisch-chemischen Laboruntersuchungen**

Weder **Konservenbegleitscheine** → Ablage im Blutbuch der Station
noch **Kreuzprobenprotokolle** → Ablage in der Krankenakte des Patientenakte einsenden.

Die abschließende Bewertung der Ergebnisse der durchgeführten Untersuchungen teilt der Stufenplanbeauftragte der Einrichtung für Transfusionsmedizin schriftlich und zeitnah zur Meldung der UAW mit. Bei auffälligen Befunden erfolgen telefonische Vorabinformationen, soweit diese für weitere Transfusionen relevant sind.

Ebenso erfolgt die Meldung schwerwiegender UAW gemäß AMG /TFG durch den Stufenplanbeauftragten. Die Meldepflicht an die Kommission der deutschen Ärzteschaft bleibt davon unberührt. (Berufsordnung !)

Weitere Hinweise s. Kap. 12 der Transfusionsordnung des Universitätsklinikums.

Einrichtung für Transfusionsmedizin am Universitätsklinikum Halle (Saale)

Ernst-Grube-Str. 40
06120 Halle

Tel.: 0345 557 5675/ 76 (Blutkonservenausgabe – 24 h besetzt)

Fax: 0345 557 5678

Dr. med. J. Hering
Transfusionsverantwortlicher am Universitätsklinikum / Tel. 0345 557 5610

Dr. J. Harth (5620); Dr. M. Kiese (5650) bzw. Dr. J. Hering (5610/ 5601)
Stufenplanbeauftragte der Einrichtung