

Name / Adresse Spital / Klinik

Eingang Swissmedic
(bitte leer lassen)

Patientenangaben

| | | | | | |
|--------------------|------|--------------|---|------------------------------------|--|
| Patienteninitialen | | | | | |
| Vorname | Name | Geburtsdatum | Geschlecht | ggf. interne Referenznummer / Code | |
| | | | <input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> andere | | |

Klassierung der Transfusionsreaktion

Schweregrad

- Grad 1 nicht schwerwiegend *(keine Behandlung notwendig / keine bleibende Schädigung ohne Therapie)*
- Grad 2 schwerwiegend / bleibende Schädigung *(relevante oder andauernde Schädigung (inkl. Allo-Immunsisierung); neue oder verlängerte Hospitalisation; Therapie notwendig, um andauernde Schädigung zu verhindern)*
- Grad 3 lebensbedrohlich *(Versterben ohne relevante medizinische Intervention möglich (z.B.: Intubation, Vasopressoren, Verlegung Intensivstation))*
- Grad 4 Tod *(Grad 4 sollte nur angewendet werden, wenn die Kausalität zur Transfusion mindestens «möglich» ist (d.h. nicht bei rein zeitlichem Zusammenhang); andernfalls: Graduierung entsprechend der Art der TR)*

Art der Transfusionsreaktion

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> FNHTR (<i>febrile, nicht hämolytische TR</i>) <input type="checkbox"/> Allergische Reaktion <input type="checkbox"/> mild <input type="checkbox"/> anaphylaktoid <input type="checkbox"/> anaphylaktisch <input type="checkbox"/> Hämolytische Transfusionsreaktion, akut <input type="checkbox"/> Hämolytische Transfusionsreaktion, verzögert <input type="checkbox"/> Infektion als Folge der Transfusion (TTI) <input type="checkbox"/> bakteriell <input type="checkbox"/> viral <input type="checkbox"/> parasitär <input type="checkbox"/> Pilze <input type="checkbox"/> Prionen <input type="checkbox"/> TACO (<i>Transfusionsassoziierte Volumenüberlastung</i>) <input type="checkbox"/> TRALI (<i>Transfusionsassoziierte akute Lungeninsuffizienz</i>) | <input type="checkbox"/> TAD (<i>Transfusionsassoziierte Dyspnoe</i>) <input type="checkbox"/> Hypotensive Transfusionsreaktion <input type="checkbox"/> Post-Transfusions Purpura (PTP) <input type="checkbox"/> Transfusionsassoziierte GvHD <input type="checkbox"/> Hämosiderose <input type="checkbox"/> Allo-Immunsisierung <input type="checkbox"/> Andere: <div style="background-color: #e6f2ff; height: 40px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div> |
|---|--|

Für weiterführende Informationen zu den verschiedenen TR verweisen wir auf «Klassierung und Abklärung von Transfusionsreaktionen» Unter anderem gilt:

FNHTR : Fieber > 38°C und Temperaturanstieg ≥ 1°C und/oder Schüttelfrost
 HTR akut : Innerhalb 24 h
 HTR verzögert : 24h – 28 Tage
 Hypotensive Transfusionsreaktion : Abfall BD systolisch > 30 mmHg und BD systolisch < 80 mmHg

Kausalität (Zusammenhang mit der Transfusion)

- 0 nicht beurteilbar
- 1 unwahrscheinlich *Die Reaktion ist sicher / eher durch andere Gründe erklärbar*
- 2 möglich *Die Reaktion ist sowohl durch die Transfusion als auch durch andere Gründe erklärbar*
- 3 wahrscheinlich *Die Reaktion scheint durch keinen andern Grund erklärbar*
- 4 sicher *Die Reaktion wurde mit aller Wahrscheinlichkeit / Sicherheit durch die Transfusion verursacht*

Vorname Name Geburtsdatum

Transfusionsreaktion

Zeitpunkt der Transfusionsreaktion

Datum:

Zeit:

Transfusion während Narkose ja nein

Verabreichte Blutprodukte (ggf. separate Liste beilegen)

| Produktnummer | Produktart | Datum | Zeit von | Zeit bis | Menge |
|---------------|------------|-------|----------|----------|-------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Vitalparameter

| | Temperatur °C | Blutdruck mmHg | Puls | O2-Sättigung % |
|---------------------|---|---|---|---|
| vor der Transfusion | <input style="width: 80px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 80px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 80px; height: 20px;" type="text"/> |
| bei der Reaktion | <input style="width: 80px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 80px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 80px; height: 20px;" type="text"/> |

Symptome

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Fieber | <input type="checkbox"/> Diffuse Blutungen | <input type="checkbox"/> Urticaria / Exanthem |
| <input type="checkbox"/> Schüttelfrost | <input type="checkbox"/> Dyspnoe | <input type="checkbox"/> Juckreiz |
| <input type="checkbox"/> Übelkeit / Erbrechen | <input type="checkbox"/> Brustschmerzen | <input type="checkbox"/> Angioödem |
| <input type="checkbox"/> Schmerzen Flanken / Rücken | <input type="checkbox"/> Hypoxie | <input type="checkbox"/> Ödem Lippen / Zunge / periorbital |
| <input type="checkbox"/> Abdominelle Schmerzen | <input type="checkbox"/> Lungenödem | <input type="checkbox"/> Stridor / pulmonale Spastik |
| <input type="checkbox"/> Hämoglobinurie | <input type="checkbox"/> Bewusstlosigkeit | <input type="checkbox"/> Purpura (> 5 Tage nach Transfusion) |
| <input type="checkbox"/> Oligo- / Anurie | <input type="checkbox"/> Kollaps | <input type="checkbox"/> Andere Symptomen: |
| <input type="checkbox"/> Ikterus | <input type="checkbox"/> Schock | <input style="width: 300px; height: 20px;" type="text"/> |

Ergänzende Angaben zum Zwischenfall, Verlauf (bei Bedarf Zusatzblatt beilegen)

Vorname Name Geburtsdatum

| | | |
|--|--|--|
| | | |
|--|--|--|

Klinische Daten

Grunderkrankung:

Abteilung

Transfusionsindikation chronische Anämie / Thrombozytopenie
 Zytopenie durch Chemotherapie andere:
 Blutung Falls ja:

Therapie der Transfusionsreaktion Keine Steroide
 Antihistaminika Sauerstoffgabe Diuretika
 Vasopressiva andere:

Immunsuppression

Frühere Transfusionsreaktionen unbekannt nein
 ja, welche:
 Prämedikation durchgeführt mit:
 ggf. Swissmedic Referenznummer:

Weiterführende Abklärungen

n.d. = nicht durchgeführt

Hämatologische Abklärungen

Kopie des Befundblatts liegt bei

| | prä-transfusionell | post-transfusionell | Datum | |
|-----------------------------------|--------------------|---------------------|-------|-------------------------------|
| Hb (g/l) | | | | <input type="checkbox"/> n.d. |
| Thrombozyten (10 ⁹ /l) | | | | <input type="checkbox"/> n.d. |

Immunhämatologische Abklärungen

Kopie des Befundblatts liegt bei

| | prä-transfusionell | post-transfusionell | |
|------------------------------------|--------------------|---------------------|-------------------------------|
| Blutgruppe Patient ¹ | | | <input type="checkbox"/> n.d. |
| Blutgruppe Produkt ¹ | | | <input type="checkbox"/> n.d. |
| DAT ¹ | | | <input type="checkbox"/> n.d. |
| AK-Suchtest ¹ | | | <input type="checkbox"/> n.d. |
| Verträglichkeitsprobe ¹ | | | <input type="checkbox"/> n.d. |

¹ Bei irregulärem Befund (abweichende Resultate) bitten wir Sie, eine Kopie des Befundblatts beizulegen.

Bei Temperaturanstieg ≥1°C und Temperatur >38°C

Kopie des Befundblatts liegt bei

| | | | | |
|-----------------------|--|----------|--|-------------------------------|
| Vorbestehender Infekt | | Art: | | |
| Blutkulturen Patient | | Erreger: | | <input type="checkbox"/> n.d. |
| Blutkulturen Produkt | | Erreger: | | <input type="checkbox"/> n.d. |

Bei Verdacht auf Hämolyse

Kopie des Befundblatts liegt bei

| | prä-transfusionell | post-transfusionell | Datum (post) | |
|---|---|---------------------|--------------|-------------------------------|
| Haptoglobin (g/l) | | | | <input type="checkbox"/> n.d. |
| Bilirubin (µmol/l) | | | | <input type="checkbox"/> n.d. |
| LDH (U/l) | | | | <input type="checkbox"/> n.d. |
| Auftreten eines akuten Nierenversagens nach Transfusion | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | | |
| Hämoglobinurie | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | | |

Vorname Name Geburtsdatum

Bei allergischer Reaktion

Kopie des Befundblatts liegt bei

IgA (g/l) (aus prätransfusioneller Blutprobe oder mind. 7 Tage nach Transfusion) n.d.

Vorbestehende Allergien unbekannt nein

ja, welche:

Bei kardiopulmonalen Symptomen

Kardiopulmonale Stauung (*klinische Beurteilung*) ja nein unbekannt
 Hypervolämie (*klinisch / Flüssigkeits-Bilanz / Gewichtszunahme*) ja nein unbekannt
 Besserung der Klinik nach diuretischer Therapie ja nein nicht zutreffend
 Andere Ursachen der respiratorischen Verschlechterung ja nein

Falls ja, welche:

Bildgebung (z.B. Röntgen-Thorax, CT-Thorax): Kopie des Befundblatts liegt bei n.d.

Kardiopulmonale Stauung ja nein

Bilaterale Infiltrate ja nein

BNP / NTproBNP (pg/ml) nach TR: Datum n.d.

vor TR Datum n.d.

Anderes (z.B. TTE):

Bei Verdacht auf TRALI

Suche von spezifischen anti-HNA und anti-HLA Antikörpern Kopie des Befundblatts liegt bei n.d.

Weitere Resultate:

In speziellen Fällen: vorgesehene Massnahmen, falls Patient wieder Transfusionen von Blutkomponenten benötigt

| | | |
|--|--|--|
| Haemovigilanceverantwortliche Person | Datum | Unterschrift |
| <input style="width: 320px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 160px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 320px; height: 20px;" type="text"/> |

Der Blutspendedienst ist stets zu informieren. Insbesondere bei Verdacht auf TRALI oder TTI ist eine umgehende Information des Herstellers notwendig

Der zuständige Blutspendedienst wurde benachrichtigt am

Zuständiger Blutspendedienst

Interpretation / Anmerkung Blutspendedienst (Hersteller)

| | | |
|--|--|--|
| Name | Datum | Unterschrift |
| <input style="width: 320px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 160px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 320px; height: 20px;" type="text"/> |

Vorname

Name

Geburtsdatum

Vorname

Name

Geburtsdatum