

Name / Adresse Spital / Klinik

Eingang Swissmedic
(bitte leer lassen)

Patientenangaben

Patienteninitialen		Geburtsdatum	Geschlecht	ggf. interne Referenznummer / Code
Vorname	Name			
<input style="width: 80px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 80px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 110px; height: 20px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> andere	<input style="width: 250px; height: 20px;" type="text"/>

Art des Ereignisses

Transfusionsfehler / IBCT *Der Fehler wurde erst während oder nach der Transfusion entdeckt*
Die Meldung einer Fehltransfusion hat ungeachtet des Umstandes zu erfolgen, ob beim Patienten eine Transfusionsreaktion aufgetreten ist oder nicht. Treten unerwünschte Wirkungen aufgrund einer Fehltransfusion auf, muss sowohl die Fehltransfusion als solche als auch die dadurch hervorgerufene Transfusionsreaktion gemeldet werden

Near Miss *Der Fehler wurde noch vor der Transfusion entdeckt*

Datum des Ereignisses

Schweregrad

Grad 1 nicht schwerwiegend Formfehler ohne Verwechslungspotential

- Fehlendes Visum auf Auftragsformular
- Ungenügende beschriftete Proberöhrchen oder Auftragsformular
- Geringe Diskrepanz zwischen Röhrchen und Auftragsformular
- Bewusste Rhesus-umstellung bei Massentransfusionen
- Handling & Storage mit Verwerfen von Produkten

Grad 2 schwerwiegend / bleibende Schädigung Formfehler mit Verwechslungspotential oder Fehltransfusion mit nicht optimalem Produkt

- Fehlende Etikettierung der Proberöhrchen
- Geburtsdatum eines anderen Patienten
- Unterschiedliche Patientenidentifikationen auf Proberöhrchen/ Formular vor/bei der Probeneingang im Labor entdeckt
- Fehltransfusionen mit nicht gesicherter Allo-AK Kompatibilität gemäss Arbeitsanweisung

Grad 3 lebensbedrohlich Stattgefundene Verwechslungen auf irgendeiner Stufe der Transfusionskette

- Wrong Blood in Tube
(Wrong Blood in Tube bedeutet, dass die Patienten-Identifikation auf Röhrchen und Auftragsformular nicht mit dem Patienten, dessen Blut im Röhrchen ist, übereinstimmt und nach der Probeneingang im Labor entdeckt wurde)
- Diskrepante BG Bestimmungen
- Blutprodukte Bestellung für den falschen Patienten
- Fehltransfusion ABO-inkompatibel oder nur zufällig ABO-kompatibel

Grad 4 Tod

Zu welchem Zeitpunkt passierte die Abweichung

Lokalisierung der Abweichung in der Transfusionskette

Abweichung bei welchem Arbeitsschritt:

Vorbereitung	Verordnung / Entnahme / Bestellung <i>(Bsp. Patientenidentifikation bei Blutentnahme, Probenbeschriftung)</i>
Labor	Probenannahme / Testung / Lagerung / Auslieferung <i>(Bsp. Probenverwechslung, Auslieferung falsche Komponente)</i>
Anwendung	Annahme Blutprodukt / Zwischenlager / Verabreichung <i>(Bsp. Patientenidentifikation vor Transfusion)</i>

Ursachenanalyse *(wie kam die Abweichung zustande?)*

Vorname

Name

Geburtsdatum

Beschreibung des Ereignisses

(wie, wann, wo, von wem? Bsp. Blutgruppen-Diskrepanz im Labor, Unstimmigkeiten bei Dokumentenprüfung vor Transfusion)

Sofortmassnahmen

(Bsp. Probe entsorgt, neue Probe angefordert, Produkt retourniert / vernichtet, Information weitergeleitet)

Vorbeugemassnahmen

(Welche Massnahmen könnten eine Wiederholung der Abweichung verhindern?)

Fehlerbewertung durch die Haemovigilanceverantwortliche Person

Haemovigilanceverantwortliche Person

Datum

Unterschrift