

Name / Adresse Spital / Klinik

Eingang Swissmedic
(bitte leer lassen)
Patientenangaben

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

Klassierung der Transfusionsreaktion
Schweregrad

- | | | |
|---------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Grad 1 | nicht schwerwiegend | <i>(keine Behandlung notwendig / keine bleibende Schädigung ohne Therapie)</i> |
| <input type="checkbox"/> Grad 2 | schwerwiegend /
bleibende Schädigung | <i>(relevante oder andauernde Schädigung (inkl. Allo-Immunisierung); neue oder verlängerte Hospitalisation; Therapie notwendig, um andauernde Schädigung zu verhindern)</i> |
| <input type="checkbox"/> Grad 3 | lebensbedrohlich | <i>(Versterben ohne relevante medizinische Intervention möglich (z.B.: Intubation, Vasopressoren, Verlegung Intensivstation))</i> |
| <input type="checkbox"/> Grad 4 | Tod | <i>(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)</i> |

Art der Transfusionsreaktion

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> FNHTR (<i>febrile, nicht hämolytische TR</i>) | <input type="checkbox"/> TAD (<i>Transfusionsassoziierte Dyspnoe</i>) |
| <input type="checkbox"/> Allergische Reaktion | <input type="checkbox"/> Hypotensive Transfusionsreaktion |
| <input type="checkbox"/> mild <input type="checkbox"/> anaphylaktoid <input type="checkbox"/> anaphylaktisch | <input type="checkbox"/> Post-Transfusions Purpura (PTP) |
| <input type="checkbox"/> Hämolytische Transfusionsreaktion, akut | <input type="checkbox"/> Transfusionsassoziierte GvHD |
| <input type="checkbox"/> Hämolytische Transfusionsreaktion, verzögert | <input type="checkbox"/> Hämosiderose |
| <input type="checkbox"/> Infektion als Folge der Transfusion (TTI) | <input type="checkbox"/> Allo-Immunisierung |
| <input type="checkbox"/> bakteriell <input type="checkbox"/> viral <input type="checkbox"/> parasitär
<input type="checkbox"/> Pilze <input type="checkbox"/> Prionen | <input type="checkbox"/> Andere: |
| <input type="checkbox"/> TACO (<i>Transfusionsassoziierte Volumenüberlastung</i>) | |
| <input type="checkbox"/> TRALI (<i>Transfusionsassoziierte akute Lungeninsuffizienz</i>) | |

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)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 0 nicht beurteilbar | |
| <input type="checkbox"/> 1 unwahrscheinlich | <i>Die Reaktion ist sicher / eher durch andere Gründe erklärbar</i> |
| <input type="checkbox"/> 2 möglich | <i>Die Reaktion ist sowohl durch die Transfusion als auch durch andere Gründe erklärbar</i> |
| <input type="checkbox"/> 3 wahrscheinlich | <i>Die Reaktion scheint durch keinen andern Grund erklärbar</i> |
| <input type="checkbox"/> 4 sicher | <i>Die Reaktion wurde mit aller Wahrscheinlichkeit / Sicherheit durch die Transfusion verursacht</i> |

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
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vitalparameter

	Temperatur °C	Blutdruck mmHg	Puls	O2-Sättigung %
vor der Transfusion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bei der Reaktion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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 type="checkbox"/> |

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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> n.d.
Thrombozyten (10 ⁹ /l)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> n.d.

Immunhämatologische Abklärungen
 Kopie des Befundblatts liegt bei

	prä-transfusionell	post-transfusionell	
Blutgruppe Patient ¹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> n.d.
Blutgruppe Produkt ¹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> n.d.
DAT ¹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> n.d.
AK-Suchtest ¹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> n.d.
Verträglichkeitsprobe ¹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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	<input type="checkbox"/>	Art:	<input type="checkbox"/>	
Blutkulturen Patient	<input type="checkbox"/>	Erreger:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> n.d.
Blutkulturen Produkt	<input type="checkbox"/>	Erreger:	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> n.d.
Bilirubin (µmol/l)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> n.d.
LDH (U/l)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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 / NT-proBNP 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

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

Vorname

Name

Geburtsdatum

Vorname Name Geburtsdatum