

Name/Adresse oder Stempel Blutspendedienst		Eingang Swissmedic <i>(bitte leer lassen)</i>
Nummer Spender/in	Jahrgang	Geschlecht <input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> andere

Datum des Ereignisses:

Spendestatus: <input type="checkbox"/> Erstspende	<input type="checkbox"/> Mehrfachspende - Anzahl Spenden bisher:
Spendetyp <input type="checkbox"/> Vollblutspende <input type="checkbox"/> Plasmapherese <input type="checkbox"/> Doppel-Erythrozyt-Apherese <input type="checkbox"/> Stammzellspende <input type="checkbox"/> Eigenblutspende	<input type="checkbox"/> Thrombozyt-Apherese <input type="checkbox"/> Multikomponenten-Apherese <i>(Kombination spezifizieren)</i> <input type="checkbox"/> Anderes:
Zellseparator <input type="checkbox"/> Amicus <input type="checkbox"/> Trima <input type="checkbox"/> Alyx	<input type="checkbox"/> MCS+ <input type="checkbox"/> anderes Gerät:

Zeitpunkt der Nebenwirkung

Während Spende

Nach Spende: Sofortreaktion (vor Verlassen des Spendelokals)
 Verzögerte Reaktion (nach Verlassen des Spendelokals)

Beschreibung des Ereignisses / Ergänzungen

Kategorie der Nebenwirkung:

**A. Lokale Symptome -
Punktionsbedingt:**

**A1 Verletzung von Gefässen
(Blutung)**

- A1.1 Hämatom venös
A1.2 arterielle Punktion
A1.3 Hämatom verzögert

**A2 Verletzung anderer
Strukturen (Schmerz)**

- A2.1 Nervenreizung /
Nervenverletzung
A2.2 Armschmerzen
unspezifisch (inkl.
Sehnenverletzung)

**A3 Lokale Infektion /
Entzündung**

- A3.1 (Thrombo-) Phlebitis
A3.2 Cellulitis, Lokale
Hautentzündung

**A4 Andere Schwere Gefäss-
erkrankungen**

- A4.1 Tiefe Venen-
Thrombose (DVT)
A4.2 Arteriovenöse
Fistel
A4.3 Kompartment-
Syndrom
A4.4 Pseudoaneurysma
der Brachialarterie

**B. Generalisierte Symptome /
Vasovagale
Kreislaufreaktionen**

Bitte alle 3 folgenden Blöcke
entsprechend ausfüllen

- Ohne Bewusstseinsverlust
 Mit Bewusstseinsverlust,
kürzer als 60 Sek., ohne
Komplikationen
 Mit Bewusstseinsverlust,
länger als 60 Sek.
und/oder mit
Komplikationen

+

- OHNE Verletzung
 MIT Verletzung

+

- innerhalb** der
Spendeeinrichtung
 ausserhalb der
Spendeeinrichtung

**C. Spezifische NW bei
Apherese**

- C1 Zitratreaktion
C2 Hämolyse
C3 Luftembolie
C4 Infiltration

D. Allergische Reaktionen

- D1 Lokal
D2 Generalisiert /
Anaphylaxie

**E. Andere kardiovaskuläre
Reaktionen**

- E1 Akute kardiale
Symptome
(z.B. Angina Pectoris)
E2 Myokardinfarkt
E3 Herzstillstand
E4 TIA
E5 Cerebrovaskuläres
Ereignis
E6 Tod

F. Andere Schwerwiegende Nebenwirkung

Sofortmassnahmen / Verlauf

- Symptomatische Behandlung in der Spendeinrichtung, Spender/in nach Hause entlassen
- Überweisung an Hausarzt/ärztin / anderen behandelnden Arzt/Ärztin
- Überweisung auf Notfallstation / Hospitalisation
- Reanimation
- Anderes:

Getroffene Massnahmen:

Wann und wie hat der BSD vom Ereignis Kenntnis erhalten:

- Spender/in befand sich noch in der Spendeinrichtung
- Spontane Meldung durch Spender/in selbst nach Spende / bei nächster Spende
- Meldung durch Hausarzt/ärztin / Extern
- Anderes:

Frühere Spendenebenwirkung bekannt?

- Nein
- Ja Wenn Ja, welche?:

Vorbeugemassnahmen / Konsequenzen für den Spender/in:

- Beratung des Spenders/der Spenderin, spezifische Massnahmen für Folgespenden
(bitte spezifizieren):
- Zeitlich beschränkte Rückweisung von der Spende
- Permanenter Ausschluss
- Spender/in möchte nicht mehr spenden
- Anderes:

Ursachenanalyse *(wie kam die Abweichung zustande?)*

- Arbeitsanweisung :
 - keine vorhanden vorhanden, nicht eingehalten
 - vorhanden und eingehalten, ist aber für diesen Fall unzureichend
- Information / Kommunikation / Dokumentation
- Menschliche Fehlleistung, individueller Fehler
- Spender/in bezogen
- Verfahrensbezogen
- Personalbezogen *(z.B. Punktion)*
- Technische Fehlleistung / Gerätespezifisches Problem
- Nicht zuzuordnen *(jeweils nähere Beschreibung)*

