

Meldung Transfusionsreaktion

Name / Adresse Spital / Klinik

Eingang Swissmedic

(bitte leer lassen)

Patientenangaben

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

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-Immunisierung); 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 (febrile, nicht hämolytische TR) | <input type="checkbox"/> TAD (Transfusionsassoziierte Dyspnoe) |
| <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 | Andere: |
| <input type="checkbox"/> Pilze <input type="checkbox"/> Prionen | |
| <input type="checkbox"/> TACO (Transfusionsassoziierte Volumenüberlastung) | |
| <input type="checkbox"/> TRALI (Transfusionsassoziierte akute Lungeninsuffizienz) | |

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*

Meldung Transfusionsreaktion

Vorname Name Geburtsdatum

Transfusionsreaktion

Zeitpunkt der Transfusionsreaktion **Datum:** **Zeit:**
 Transfusion während Narkose ja nein

Verbreichte 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)

Meldung Transfusionsreaktion

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"/>	<input type="checkbox"/> n.d.
Blutgruppe Produkt ¹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> n.d.
DAT ¹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> n.d.
AK-Suchtest ¹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> n.d.
Verträglichkeitsprobe ¹	<input type="checkbox"/>	<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		

Meldung Transfusionsreaktion

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

Anderere 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**

Swissmedic | Hallerstrasse 7 | 3012 Bern | www.swissmedic.ch | Tel. +41 58 462 02 11 | anfragen@swissmedic.ch

Meldung Transfusionsreaktion

Meldung Transfusionsreaktion