

**Ergänzende Angaben bei Verdacht auf TRALI****z.Hd. Blutspendedienst ■ NSTOB**

Stufenplan des NSTOB-Springe

Tel.: (05041)772-415

Fax.: (05041) 772-421

<b>Patient</b>		
Geburtsdatum:		Geschlecht:
Aktuelle Erkrankung:		
Transfusionsindikation:		
Andere Erkrankungen:		
Insbesondere		
Herzinsuffizienz ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Niereninsuffizienz ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Leberzirrhose ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
<b>Reaktion</b>		
Beginn der Transfusion: (Datum und Uhrzeit)		Beginn der Reaktion: (Datum und Uhrzeit)
Dyspnoe/Hypoxämie ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Blutdruckabfall ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Fieber ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Lungenödem ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Neue bilaterale Infiltrate im Röntgen-Thorax ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Leukozytenabfall ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Prä-Transfusions Röntgen-Thorax vorhanden ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Wenn Lungenödem, kardiale Ursache ausgeschlossen? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Wenn ja, wie? (z.B. Echokardiographie, Zentraler Venendruck, EKG)		
Weitere Symptome der Transfusionsreaktion:		
<b>Blutprodukte, die innerhalb von 6 Stunden vor der Reaktion gegeben wurden:</b>		
Frischplasma(en) (Anzahl):	Produkt-Nummern und Hersteller müssen auf dem Meldebogen dokumentiert sein!	
Thrombozytenkonzentrat(e) (Anzahl):		
Erythrozytenkonzentrat(e) (Anzahl):		
Verdächtigen Sie ein bestimmtes Produkt als Auslöser? Nr.:		
<b>Verlauf und Therapie</b>		
Sauerstoffgabe? nasal ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ; Intubation ja <input type="checkbox"/> %O <sub>2</sub> : nein <input type="checkbox"/>		
Wenn Intubation, wurde Exsudat abgesaugt? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Wenn ja, wie sah es aus?		
Diurese ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		
Sonstige Medikamente: (z.B. Cortison, Katecholamine)		
Patient wiederhergestellt nach	Stunden	Patient verstorben an Transfusionsreaktion <input type="checkbox"/> Patient verstorben an Grunderkrankung <input type="checkbox"/>

**Persönlicher Eindruck vom Geschehen:**

Datum

Unterschrift: