

Abklärung einer Transfusions-assoziierten akuten Lungeninsuffizienz (TRALI) bei der Anwendung von Blutprodukten gemäß § 63c

Einrichtung der Krankenversorgung: PLZ/Ort/Straße: Tel.: Fax:	Patient/in: (Etikett) Name Geburtsdatum: • w / • m
--	---

Klinisch radiologische Diagnostik

Datum Ereignis: __. __. __

Akute Atemnot (Symptomatik innerhalb von 6h nach Transfusionsbeginn) • nein • ja Beginn: _____

Akutes Lungenödem, beidseitig (Auskultation) • ~~nein~~ • ja

Ausschluß einer Hypervolämie (kardial, renal, iatrogen) • nein • ja

Radiologischer Vorbefund ohne Lungenödem • nein • ja

Radiologischer Befund nach Transfusion mit beidseitigem Lungenödem • nein • ja Zeitpunkt: _____

Labor • O2- Sättigung < 90% • Leukozytenzahl > 40.000 Zellen/µl (vor Transfusion bei Leukämiepatienten)

Mögliche weitere Ursachen für akute Lungeninsuffizienz:

• Sepsis	• akute Pankreatitis	• Verbrennung
• Aspiration	• Lungenkontusion	• in halatives Trauma
• Pneumonie	• Polytrauma	• in schädigende Medikamente
	• kardiopulmonaler Bypass	• _____

Verlauf und Therapie

Sauerstoffgabe ohne Beatmung notwendig • ~~nein~~ • ja Zeitpunkt: _____

Beatmung notwendig • nein • ja Zeitpunkt: _____

Intensivierte Beatmung notwendig (PEEP) • ja • nein • sonstiges _____

Gabe von Katecholaminen • ja • nein _____

Ausgang der Reaktion: Datum der Extubation: __. __. __ • wiederhergestellt / • ~~un~~bekannt

Exitus • Todesursache: _____ Datum: _____ Sektion: ja • nein •

Station / Tel.-Nr. / Name des transfundierenden Arztes: _____ Datum: _____
 Stempel / Unterschrift: _____

Meldung an:
 Zentrum für Transfusionsmedizin und Hämotherapie am Universitätsklinikum Giessen und Marburg GmbH,
 Standort Gießen, Langhansstr. 7, 35385 Gießen, Tel. 0641/985-41508, Fax: -41539
 Standort Marburg, Baldinger Str., 35043 Marburg, Tel. 06421/58-65515, Fax: -64511

+++Onlineexemplar+++