

## Meldebogen - Verdacht einer transfusionsbedingten Infektion

Krankenhaus: \_\_\_\_\_ Station: \_\_\_\_\_  
 Telefon: \_\_\_\_\_ Telefax: \_\_\_\_\_

<b>Patient/in:</b> (Etikett)  <b>Name:</b>  <b>Vorname:</b>	<b>Geburtsdatum:</b>	<b>Geschlecht:</b> <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
	<b>Grunderkrankung:</b>	
	<b>Indikation zur Transfusion:</b>	

Verabreichte Blutprodukte [x]			Herstellung [x]		Konserven-Nr. od. Chargenbezeichnung (Etikett aufkleben) – ggf. Liste beifügen	Datum / Uhrzeit (von – bis) der Transfusion
EK	GFP	TK	bestrahlt	inaktiviert		

**Art der Infektion:**

HBV-Infektion   
  HCV-Infektion   
  HIV-Infektion   
  sonstige Infektion: \_\_\_\_\_

Liegen bestätigte Laborbefunde des Empfängers vor?

ja                                    → **Befunde bitte mitschicken**  
 nein                                    → worauf beruht der Verdacht einer Infektion?

**Positive Laborbefunde des Empfängers:**

Zeitpunkt der Untersuchung: \_\_\_\_\_

<b>HBV-Infektion:</b> <input type="checkbox"/> HBsAG <input type="checkbox"/> HBV-NAT <input type="checkbox"/> anti-HBc <input type="checkbox"/> anti- HBs <input type="checkbox"/> anti- HBe <input type="checkbox"/> sonstige:	<b>HCV-Infektion:</b> <input type="checkbox"/> anti-HCV <input type="checkbox"/> HCV-NAT <input type="checkbox"/> Immunoblot <input type="checkbox"/> sonstige:	<b>HIV-Infektion:</b> <input type="checkbox"/> anti-HIV <input type="checkbox"/> HIV-NAT <input type="checkbox"/> Immunoblot <input type="checkbox"/> sonstige:	<b>sonstige Infektion:</b> <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Weitere Befunde:**

**Erhielt der Patient auch Produkte anderer Hersteller, die mit der aufgetretenen Infektion assoziiert werden können?**

ja  nein  nicht bekannt

Wenn ja, welche:

Bezeichnung des Arzneimittels:  Plasmaprodukte  zelluläre Blutprodukte  nicht bekannt

Präparatename:

Pharmazeutischer Unternehmer:

Zeitpunkt der Verabreichung:

**Liegen serologische Befunde des Empfängers vor, die vor der Verabreichung der involvierten Arzneimittel erhoben wurden?**

ja  nein  nicht bekannt

Wenn ja, Befunde bitte mitschicken

**Sind vom Empfänger noch Blutproben aus der Zeit vor Verabreichung der involvierten Arzneimittel vorhanden?**

ja  nein  nicht bekannt

Wenn ja, aus welcher Zeit: \_\_\_\_\_

Aus der Blutprobe wurden serologische Nachuntersuchungen durchgeführt?

ja  nein  nicht bekannt

Wenn ja, Befunde bitte mitschicken

**Bei sorgfältiger Überprüfung der Anamnese vor Transfusion wurden Hinweise gefunden, die bei der Bewertung der gemeldeten unerwünschten Arzneimittelwirkung von Bedeutung sein könnten?**

ja  nein  nicht bekannt

Wenn ja, welche:

**Name des behandelnden Arztes / Meldeverantwortlichen:**

Klinik/Praxis:

Adresse:

Tel.:

Fax.:

E-Mail.:

Unterschrift /Datum