

Deckblatt

Verfahrensanweisung-Nr. E 18 Anwendung von Hämotherapeutika Diese VA umfasst 14 Seiten ohne Deckblatt	gültig ab: 02.01.2008 geplante Revision: 02.01.2010 ersetzt Version vom: 31.03.2006
--	--

<i>Freigabe:</i> Univ.-Prof. Dr. med. J. Vogt (Direktor der Klinik)	Datum	Unterschrift
<i>Freigabe:</i> PD Dr. med. H.G. Kehl (Transfusionsbeauftragter)	Datum	Unterschrift
<i>Freigabe:</i> Dr. med. V. Debus (stellvertretender Transfusionsbeauftragter)	Datum	Unterschrift
<i>Freigabe:</i> Fr. J. Gießler (Pflegedienstleitung der Kinderkardiologie)	Datum	Unterschrift
<i>Freigabe:</i> Univ.-Prof. Dr.Dr. W. Sibrowski (Transfusionsverantwortlicherr des UKM)	Datum	Unterschrift

Verteiler:

- Intranet der Klinik
- Druckversionen Station 18 B West (Pflegezentrum, Arztzimmer)
- Druckversion an alle Mitarbeiter des ärztlichen Dienstes und Pflegedienstes

E-0. Klinikübergreifend gültige Verfahrensweisung bei der Anwendung von Blutprodukten

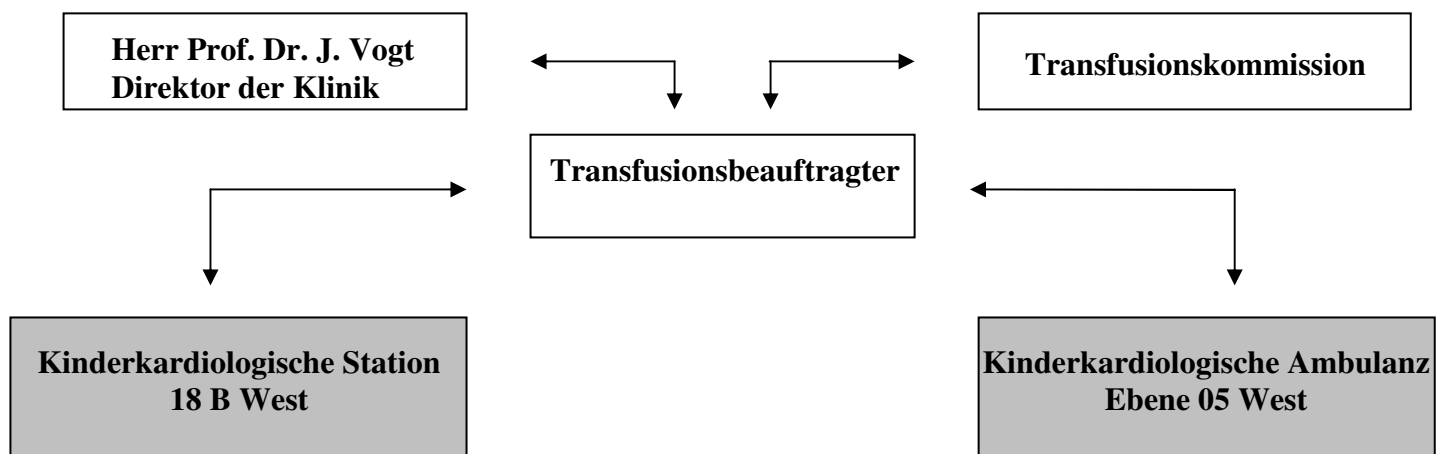
(Transfusionsvorschrift)

E-18. Klinik und Poliklinik für Kinderheilkunde-Kardiologie

E-18.I. Strukturqualität bei der Anwendung von Blutprodukten

E-18.I.1. Verantwortungsbereiche bei der Anwendung von Blutprodukten in der Klinik und Poliklinik für Kinderheilkunde-Kardiologie

E-18.I.1.1 Organigramm der Klinik



E-18.I.1.2 Organisation und Abgrenzung der Verantwortungsbereiche bei der Anwendung von Blutprodukten

Die Organisation und Abgrenzung der Verantwortungsbereiche bei der Anwendung von Blutprodukten ergeben sich in der Kinderkardiologie des Universitätsklinikums Münster allgemein in Anlehnung an die „Richtlinien zur Gewinnung von Blut und Blutbestandteilen und zur Anwendung von Blutprodukten (Hämotherapie) (2000)“ der BÄK und unter Berücksichtigung der jeweils aktuellen Transfusionsvorschrift des UKM (zu finden im Intranet <http://www.mednet.uni-muenster.de/transfusionsmed/tv/index.html>), sowie der speziellen Dienstanweisung zur Bluttransfusion bei Früh- und Neugeborenen bis zu einem korrigierten Alter von 44 Wochen der Klinik und Poliklinik für Kinderheilkunde.

Der **Transfusionsverantwortliche** des UKM (Prof. Dr. W. Sibrowski) hat in allen Belangen, die die Gabe von Blutprodukten betreffen, Weisungsrecht gegenüber der Klinik für Kinderheilkunde-Kardiologie.

Der Direktor der Klinik für Kinderheilkunde-Kardiologie (Prof. Dr. J. Vogt)

- wird dem klinischen Vorstand des UKM einen Transfusionsbeauftragten sowie einen Vertreter benennen.
- ermöglicht dem Transfusionsbeauftragten und seinem Stellvertreter die Teilnahme an erforderlichen Qualifizierungs- und Fortbildungsmaßnahmen sowie an den Sitzungen der Transfusionskommission des UKM.
- benennt bei Ausscheiden des amtierenden Transfusionsbeauftragten dem klinischen Vorstand umgehend und unaufgefordert eine neue Person als Transfusionsbeauftragten.
- benennt bei Ausscheiden des stellvertretenden Transfusionsbeauftragten dem KV umgehend und unaufgefordert eine neue Person für diese Aufgabe,
- trägt dafür Sorge, daß neu eingestellte Mitarbeiter nach Verfahrensanweisung in QM-Sicherungssystem zur klinischen Anwendung von Blutprodukten eingewiesen werden und daß die Einweisung dokumentiert wird. Er delegiert diese Aufgabe an den Transfusionsbeauftragten und stellt ihm dazu die entsprechende Weisungsbefugnis aus.
- zeichnet sich dafür verantwortlich, daß die in der Transfusionskommission verabschiedeten Maßnahmen in seinem Verantwortungsbereich umgesetzt werden.

Der **Transfusionsbeauftragte** der Klinik und Poliklinik für Kinderheilkunde – Kardiologie

hat die Sachkenntnis, die nach Stand von Wissenschaft und Technik erforderlich ist, entsprechend der aktuellen Richtlinien erworben.

Er ist verantwortlich für:

- die Umsetzung und Einhaltung relevanter Regelwerke, insbesondere des Transfusionsgesetzes, der Richtlinien und Empfehlungen zur Hämotherapie der BÄK, der Voten des „Arbeitskreises Blut“, der Transfusionsvorschrift des UKM,
- die Umsetzung und Einhaltung der vom Transfusionsverantwortlichen oder in der Transfusionskommission festgelegten Organisationsschritte und Verfahrensanweisungen zur Vorbereitung und Durchführung hämotherapeutischer Maßnahmen, einschließlich der Dokumentations- und der Meldepflichten
- insbesondere auch für die Organisation der Mitarbeiterschulung
- insbesondere auch für die Umsetzung des Qualitätssicherungssystems für die Hämotherapie
- insbesondere auch für die Durchführung von Rückverfolgungsverfahren
- die Sicherstellung der Funktionsfähigkeit und regelmäßigen Überwachung von Kühlaaggregaten, Wärmegeräten und anderen im Zusammenhang mit der Hämotherapie verwendeten technischen Geräte.

Der Hämotherapeutika verwendende Arzt / AiP

- hat die Kenntnisnahme der Transfusionsvorschrift des UKM und der Verfahrensanweisungen seines Bereichs in der jeweils gültigen Fassung bestätigt,
- ist für die jeweilige Maßnahme theoretisch und praktisch qualifiziert oder geht nach Rücksprache und unter Aufsicht mit einem entsprechend qualifizierten Kollegen vor;
- stellt die Indikation (ggf. fach/oberärztliche Indikationsstellung für bestimmte Hämotherapeutika),
- ist verantwortlich für alle Aspekte der Gabe, Überwachung und Dokumentation, soweit diese nicht an entsprechend qualifizierte Pflegenden delegiert sind.

Qualifizierte Pflegenden

- haben die Kenntnisnahme der Verfahrensanweisungen ihres Bereichs in der jeweils gültigen Fassung bestätigt
- sind examinierte Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflegerinnen/-pfleger, die für die jeweilige Maßnahme theoretisch und praktisch ausgebildet sind oder nach Rücksprache und unter Aufsicht mit einem entsprechend qualifizierten Kollegen vorgehen
- sind für die Entgegennahme und Lagerung von Hämotherapeutika, die Vorratshaltung von Plasmazubereitungen sowie für die Hämotherapie erforderlicher Materialien, die 24-stündige Aufbewahrung von verwendeten Transfusionsmaterialien und deren anschließende Entsorgung, sowie die Rückgabe nicht transfundierter Einheiten an das IfT verantwortlich

Folgende Aufgaben können übernommen werden:

- Vorbereitung der Hämotherapeutika für die Gabe,
- intramuskuläre oder subkutane Gabe von Plasmazubereitungen¹ (nicht aber Blutkomponenten!) nach ärztlicher Anordnung
- Überwachung der Transfusion von Blutkomponenten nach Einleitung der Transfusion durch einen Arzt,
- patienten- und chargenbezogene Dokumentation von Plasmazubereitungen und Blutkomponenten,
- Überwachung technischer Geräte und Sicherstellung der regelmäßigen Überprüfung durch den technischen Dienst
- intravenöse Gabe von **Plasmazubereitungen**¹ (nicht aber Blutkomponenten!) nach ärztlicher Anordnung, wenn die Pflegenden auf Intensivstationen tätig sind und von Ärzten oder Fachkrankenschwestern/pflegern für Intensivpflege in die jeweilige Tätigkeit eingewiesen wurden.

¹ **Plasmazubereitungen** = Gerinnungsfaktoren, Immunglobuline, Humanalbumin etc., nicht aber FFP; **Blutkomponenten** = zelluläre BP + FFP

Assistenzpersonal (Pflege-Personal)

- Die Vorbereitungen von Transfusionen/Infusionen und die Betreuung der Patienten während der Übertragung von Blutprodukten, sowie die Nachsorge werden nur dem Assistenzpersonal übertragen, das von der Pflegedienstleitung in Kooperation mit dem internen Fortbildungsprogramm der Klinik in transfusionsrelevante Belange eingewiesen wurde.

E-18.I.1.3 Schulung von Mitarbeitern bei der Anwendung von Blutprodukten

Ärztliche Mitarbeiter

Jedem Arzt wird bei Beginn seiner klinischen Tätigkeit in der Klinik und Poliklinik für Kinderheilkunde – Kardiologie die Transfusionsvorschrift und die abteilungsspezifischen Standardarbeitsanweisungen in der jeweils gültigen Fassung bestätigt ausgehändigt. Die Kenntnisnahme wird durch eine Unterschrift auf einem entsprechenden Formular dokumentiert (siehe Anlage 2). Dieses Formular wird dem Transfusionsbeauftragten übermittelt, der das Dokument archiviert. Die praktische Durchführung von Transfusionen ist zunächst unter der Aufsicht eines transfusions-erfahrenen Arztes durchzuführen.

Pflegepersonal

Pflegekräfte müssen die klinikinternen Verfahrensanweisungen bei der Anwendung von Blutprodukten in der jeweils gültigen Fassung zur Kenntnis nehmen (Dokumentation der Kenntnisnahme). Die transfusionsmedizinischen Fortbildungen sollten besucht werden.

E-18.I.2.1 Angewandte Blutprodukte

- Erythrozytenkonzentrat (EK)
- Thrombozytenkonzentrat (TK)
- Gefrorenes Frischplasma (FFP)
- Humanalbumin
- Human-Immunglobuline

- Spezifische Human-Immunglobuline gegen
 - CMV
 - VZV
 - Tetanus

- Gerinnungsfaktoren
 - Antithrombin III

E-18.I.2.2 Indikationslisten zur Anwendung von Blutprodukten

Blutprodukte sind verschreibungspflichtige Arzneimittel und dürfen somit nur auf ärztliche Anordnung abgegeben werden. Die Indikation ist streng zu stellen.

Die Indikationen zur Transfusion von Blutprodukten ist ein multiparametrischer Entscheidungsprozess. Berücksichtigt werden dabei neben patientenspezifischen Kriterien wie z.B. aktuelle Laborwerte, Infektionsstatus, Kreislaufparameter, geplante Prozeduren etc.:

- die Leitlinien zur Therapie mit Blutkomponenten und Plasmaderivaten des Wissenschaftlichen Beirates der Bundesärztekammer in der aktuellen Fassung
- die „Richtlinien zur Gewinnung von Blut und Blutbestandteilen und zur Anwendung von Blutprodukten (Hämotherapie)“ der BÄK in der aktuellen Fassung
- die Gebrauchs- und Fachinformationen der einzelnen Blut-Produkte

E-18.II Prozessqualität bei der Anwendung von Blutprodukten

E-18.II.1 Klinikspezifische Dienstvorschriften zur Anforderung von Blutkomponenten, Probenentnahme und Durchführung der Transfusion

Zur Vorbereitung für eine evt. Transfusion muß sich der behandelnde Arzt vor einer Herzkatheteruntersuchung oder einer Herzoperation davon überzeugen daß die Blutgruppe des Patienten bestimmt wurde, anderenfalls ist die Bestimmung der Blutgruppe zu veranlassen. Dies trifft auch zu für vorläufige Angaben der Blutgruppe bei vorangegangenen Blutgruppenbestimmungen im Säuglingsalter.

E-18.II.1.1 Indikationsstellung

E-18.II.1.1.1 Zur Anwendung von EK, TK, FFP und Gerinnungsfaktoren

Standardmäßig werden zur Vorbereitung von Herzkatheteruntersuchungen bei Neugeborenen 1 EK, bei Herzkatheteruntersuchungen mit Interventionen (Ballon-valvuloplastien etc.) 1 EK (für umfangreichere oder risikoreichere Interventionen nach Absprache evt. auch mehr EK, ggf. auch TK und FFP) auf Abruf beim Institut für Transfusionsmedizin vorbestellt.

Für Herzoperationen im Kindesalter mit Einsatz der Herz-Lungen-Maschine werden standardmäßig 4 EK zum Zentral-OP bestellt sowie 4 FFP auf Abruf vorbestellt.

Für Operationen ohne Einsatz der Herz-Lungen-Maschine werden 2 EK zum Zentral-OP bestellt sowie 2 FFP auf Abruf vorbestellt.

Für Herzoperationen im Säuglingsalter mit Einsatz der Herz-Lungen-Maschine und für Herzoperationen bei Patienten mit vorbestehender Thrombopenie (meist im Zusammenhang mit zyanotischen Vitien wird 1 TK auf Abruf vorbestellt.

Darüber hinaus gehende Transfusionen von EK, TK, FFP oder Gerinnungsfaktoren sind selten, die Indikationen werden im Einzelfall mit dem zuständigen Oberarzt entschieden. In gerinnungsrelevanten Fragen wird eventuell der hämostaseologische Hintergrunddienst der Kinderklinik hinzugezogen. Ein Informationsplan über die entsprechenden Zuständigkeiten wird jeweils zum Monatsanfang durch das Sekretariat von Professor Jürgens verteilt und auf den Stationen ausgehängt.

E-18.II.1.1.2: Anwendung von Immunglobulinen

Die Anwendung von spezifischen Immunglobulinen (z.B. Varizellen-Zoster-Virus) ist auf wenige, klar definierte klinische Situationen beschränkt. Die Vorgehensweisen in der Klinik und Poliklinik für Kinderheilkunde – Kardiologie entsprechen den im Handbuch der Deutschen Gesellschaft für pädiatrische Infektiologie dargelegten Grundsätzen.

E-18.II.1.2: Anforderung von Blutprodukten

E-18.II.1.2.1: EK, TK, FFP

Die Anforderungsscheine für die entsprechenden Blutprodukte werden vom behandelnden Arzt ausgefüllt. Insbesondere sind die Angaben zur Diagnose und evt. bekanntem CMV-Status anzugeben. (siehe Anlage 5 der Transfusionsvorschrift 2006/2007).

E-18.II.2 Transport von Blutprodukten

EK / TK / FFP: Hausinterner Transportdienst (internes Telefon 48004)

E-18.II.3 Probenentnahme

Die Entnahme-Röhrchen werden entweder vom behandelnden Arzt oder auf dessen Weisung von den Mitarbeitern der Pflege vorbereitet und mit den entsprechenden Patientenetiketten beklebt.

Es obliegt dem behandelnden Arzt, die Übereinstimmung zwischen der Identität des Patienten und dem Patientenetikett des beklebten Röhrchen sicherzustellen.

E-18.II.4 Einverständiserklärung des Patienten bzw. der Erziehungsberechtigten

Vor jeder Verabreichung von Blutprodukten wird eine Aufklärung und Einverständnis des Patienten bzw. der Erziehungsberechtigten gefordert; handelt es sich bei dem Patienten um einen Minderjährigen, so muss das Einverständnis eines Erziehungsberechtigten eingeholt werden. Wenn möglich sollten standardisierte Aufklärungsbögen verwandt werden (z.B. die am UKM eingeführten Aufklärungsbögen aus dem perimed-Verlag).

Die Einverständiserklärung muss in der Patientenakte abgeheftet werden. Standardmäßig soll bereits bei den schriftlichen Aufklärungen zur Herzkatheteruntersuchung sowie zur Herzoperation (hier durch die Kollegen der Thorax-Herz- und Gefäßchirurgie) das Einverständnis für eventuell notwendige Transfusionen eingeholt werden, insbesondere wenn solche Transfusionen bereits vor dem Eingriff sehr wahrscheinlich sind. In Notfallsituationen kann evt. keine ordnungsgemäßes Einholen des Einverständnisses erfolgen, nach Rücksprache mit dem zuständigen Oberarzt darf dennoch die Indikation zu einer Transfusion gestellt werden.

E-18.II.5 Vorbereitung und Durchführung der Transfusion

In der Vorbereitung und Durchführung von Bluttransfusionen ist die jeweils aktuelle Transfusionsvorschrift des UKM zu befolgen.

E-18.II.6: Therapeutische Maßnahmen bei Nebenwirkungen

In der Transfusionsvorschrift 2006/2007 ist eine Aufstellung über die häufigsten transfusionsassoziierten Nebenwirkungen gegeben. Die am häufigsten in der Praxis auftretenden Reaktionen sind Sofort-Reaktionen, die ein unterschiedliches klinisches Bild von Kopfschmerzen bis Urtikaria, Fieber und Kreislaufreaktionen auslösen können.

Es obliegt der Pflege durch ein Monitoring während und nach der Transfusion entsprechende Symptome zu bemerken, diese an den Arzt zu melden und die Transfusion bei Verdacht auf eine Unverträglichkeit zu unterbrechen.

Je nach Untersuchungsbefund muß der betreuende Arzt entscheiden, ob die Transfusion fortgesetzt werden kann oder nicht.

Für ausgeprägte Reaktionen, die bis zum Schock führen können, stehen auf den Stationen Antihistaminika, Kortikosteroiden Infusionslösungen und Katecholamine bereit.

Transfusionsassoziierte Nebenwirkungen sind auf dem dafür vorgesehenen Formblatt zu dokumentieren und der Transfusionsbeauftragten, sowie dem Transfusionsverantwortlichen zu melden. Der Blutbeutel ist steril, inkl. des Transfusionsbestecks, zu verschließen und mit einer Plasmaprobe des Patienten unverzüglich an die Transfusionsmedizin über einen Boten zu verschicken.

E-18.II.7: Dokumentation der Transfusion

Das entsprechende Kapitel der hausinternen Transfusionsvorschrift des UKM ist zu beachten.

Der transfundierende Arzt ist verpflichtet eine Patienten- und Produkt-bezogenen Dokumentation durchzuführen:

- Produktbezogen: Auf den Stationen, bzw. in der Ambulanz wird ein Buch zur Dokumentation von Blutprodukten geführt, dieses ist nach Produkten unterteilt. Einzutragen ist durch den transfundierenden Arzt: Patientennamen und Geburtsdatum, Produktnummer, evtl. Chargennummer, Packungsgröße, Anzahl der verwendeten Packungen, Ergebnis des bed-side-Tests, Datum und Uhrzeit, unerwünschte NW, Unterschrift
- Patientenbezogen: In der Patientenakte ist die Produktnummer, das Datum und der Zeitpunkt der Transfusion, evtl. die Chargennummer, die Packungsgröße, Anzahl der verwendeten Packungen, die Verträglichkeit, sowie das Ergebnis des bed-side-Tests zu dokumentieren.
- Der Verträglichkeitsprotokoll des Produktes ist zusammen mit dem Ergebnis der Blutgruppenbestimmung und des Antikörpersuchtests in der Patientenakte abzuheften.

- Die tatsächliche Transfusion des Blutproduktes ist der Transfusionsmedizin, auf dem dafür mit dem Blutprodukt gelieferten Rückmeldebogen, zu dokumentieren und zurückzusenden.

E-18.II.8: Aufbewahrung der Blutbeutel nach Transfusion

Die Mitarbeiter der Pflege sind dafür verantwortlich, die Beutel der Blutprodukte nach der Transfusion, entweder mit Transfusionsbesteck direkt, oder nach Abnahme des Transfusionsbestecks mit sterilem Verschluß des Beutels, in einem dafür vorgesehenen Kühlschrank unter hygienisch korrekten Bedingungen für 24 Std. aufzubewahren.

E-18.II.9: Entsorgung der Blutbeutel

Die Mitarbeiter der Pflege sind dafür verantwortlich, die Beutel transfundierter Blutprodukte nach 24-stündiger Lagerung im Kühlschrank, gemäß der hausinternen Hygienevorschriften zu entsorgen.

E-18.II.10 Rückgabe nicht transfundierter Blutkomponenten

Für die Rückgabe nicht transfundierter Blutprodukte gelten die Voraussetzungen der aktuellen Transfusionsvorschrift des UKM.

E-18.II.11: Dokumentation der Wirksamkeit der Transfusion

- die Wirksamkeit einer EK, TK, Granulozytentransfusion ist durch die zeitnahe Bestimmung eines Blutbildes zu dokumentieren.
- die Wirksamkeit von Gerinnungsfaktoren ist durch die entsprechende laborchemische Gerinnungsanalyse zu dokumentieren.

E-18.III Ergebnisqualität bei der Anwendung von Blutprodukten

E-18.III.1. Meldung unerwünschter transfusionsassoziiertes Ereignisse

Unerwünschte transfusionsassoziiertes Ereignisse sind gemäß des Transfusionsgesetzes dem Transfusionsbeauftragten und dem Transfusionsverantwortlichen zu melden. Auf dem dazu vorliegenden Formular werden die Patientendaten, sowie der Hergang dokumentiert. Der grüne Durchschlag verbleibt in der Patientenakte, der gelbe geht an den Transfusionsbeauftragten, das weiße Original wird mit den entsprechenden Blutproben und Blutbeuteln des Patienten an das Institut für Transfusionsmedizin (Blutbank) verschickt. Die Verpflichtung zur Meldung an die Arzneimittelkommission der Ärzteschaft bleibt davon unberührt.

E-18.III.2. Durchführung eines Rückverfolgungsverfahrens

E-18.III.2.1: Vom Empfänger ausgehend

Führt ein Blutprodukt bei einem Empfänger zu unerwünschten Nebenwirkungen oder besteht ein begründeter Verdacht über einen ursächlichen Zusammenhang (z.B. Hepatitis C) mit der Verabreichung eines Blutproduktes, so ist dies unverzüglich dem Transfusionsverantwortlichen der Klinik, inkl. aller relevanten Befunde und einer Auflistung der transfundierten Blutprodukte zu melden. Der Stufenplanbeauftragte der Transfusionsmedizin ist für die Bearbeitung des Rückverfolgungsverfahrens verantwortlich.

E-18.III.2.2: Vom Produkt ausgehend

Sind nachweislich oder potentiell infektiöse Blutprodukte an Patienten angewendet worden, wird die Klinik vom Stufenplanbeauftragten des Instituts für Transfusionsmedizin unterrichtet. Die Klinik hat die Verpflichtung, die behandelten Personen zu ermitteln, zu unterrichten, eine entsprechende Testung zu empfehlen und eine Beratung durchzuführen. Die Ergebnisse der Untersuchungen sind dem Stufenplanbeauftragten unverzüglich mitzuteilen.

Anlage 1:
Erklärung

**Klinik und Poliklinik für Kinderheilkunde
- Kardiologie -
Direktor: Univ.-Prof. Dr. med. J. Vogt**

Universitätsklinikum Münster w Klinik und Poliklinik für Kinderheilkunde
– Kardiologie – w D-48129 Münster



D-48129 Münster, 02.01.2008

Hausadresse:
Albert-Schweitzer-Straße 33
D-48149 Münster
Vermittlung: (02 51) 83 - 0

Durchwahl: (02 51) 83 –47705 (Station)
Fax: (02 51) 83 – 49593 (Station)

Erklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich die Transfusionsvorschrift des Institutes für Transfusionsmedizin, die Richtlinien zur Blutgruppenbestimmung und Bluttransfusion der Bundesärztekammer in der jeweils gültigen Fassung und die klinikinternen Qualitätssicherungsmaßnahmen zu Transfusionen zur Kenntnis genommen habe.

Münster, den

Anlage 2:
Rückmeldungen an das Institut für Transfusionsmedizin

**Klinik und Poliklinik für Kinderheilkunde
- Kardiologie -
Direktor: Univ.-Prof. Dr. med. J. Vogt**

Universitätsklinikum Münster w Klinik und Poliklinik für Kinderheilkunde
– Kardiologie – w D-48129 Münster



D-48129 Münster, 02.01.2008

Hausadresse:
Albert-Schweitzer-Straße 33
D-48149 Münster
Vermittlung: (02 51) 83 - 0

Durchwahl: (02 51) 83 –47705 (Station)
Fax: (02 51) 83 – 49593 (Station)

Rückmeldung über die Transfusion

Seit dem 01.06.07 ist die Rückmeldung über die Transfusion bzw. den Verwurf von Blutprodukten in ORBIS möglich.

- Der Verbrauch von Blutprodukten (transfundiert oder verworfen) wird direkt in ORBIS eingegeben. Bei fehlender Barcode-Nr. wird diese über den auf jeder Station vorhandenen Barcode-Scanner eingegeben.
- Die Anwender, die keinen ORBIS-Zugang haben, füllen wie bisher, die mitgelieferten Rückmeldeprotokolle der Blutbank aus und schicken sie an die Blutbank zurück.

Anlage 3:

Dienstanweisung zur Bluttransfusion bei Früh- und Neugeborenen bis zu einem korrigierten Alter von 44 Wochen

Klinik und Poliklinik für Kinderheilkunde
- Kardiologie -

Direktor: Univ.-Prof. Dr. med. J. Vogt

Universitätsklinikum Münster w Klinik und Poliklinik für Kinderheilkunde
– Kardiologie – w D-48129 Münster



D-48129 Münster, 02.01.2008

Hausadresse:
Albert-Schweitzer-Straße 33
D-48149 Münster
Vermittlung: (02 51) 83 - 0

Durchwahl: (02 51) 83 –47705 (Station)
Fax: (02 51) 83 – 49593 (Station)

Dienstanweisung
zur
Bluttransfusion bei Früh- und Neugeborenen
bis zu einem korrigierten Alter von 44 Wochen

Bis zum Reifealter von 40 + 4 SSW wird die Verträglichkeitsprobe mit dem Serum der Mutter durchgeführt (siehe Kapitel 4.4.4 der Transfusionsvorschrift).

Da bei Aufnahme eines Neugeborenen der Vorname noch nicht bekannt sein kann oder sich im Verlauf der Nachname ändert, muß eine neue Identitätserklärung an die Transfusionsmedizin geschickt werden. Dazu ist es wichtig, den ersten Anforderungszettel zur BG-Bestimmung zu kopieren.

Seite 2 der

**Dienstanweisung zur Bluttransfusion bei Früh- und Neugeborenen
bis zu einem korrigierten Alter von 44 Wochen**

Indikationen zur Verschickung des kindlichen u. mütterlichen Blutes postpartal:

1. Früh- und Neugeborene mit einem Geburtsgewicht < 2000 g, die in die Univ.-Kinderklinik Münster aufgenommen werden
2. Früh- und Neugeborene aller Geburtsgewichtsklassen, bei denen eine operative Versorgung in der Neonatalphase zu erwarten ist (z.B. Herzkatheteruntersuchungen oder Operationen)

Bei Austauschtransfusionen sei auf die SOP aus der Werkzeugkiste vom 11.09.2007 verwiesen.

Münster, den 12.12.2007

Univ.-Prof. Dr. med. J. Vogt
Direktor der Klinik

PD. Dr. med. H.G Kehl
Transfusionsbeauftragter-

Dr. V. Debus
Vertreter d. Transfusionsb.

Anlage 4:

Anzeige eines transfusionsassoziierten unerwünschten Ereignisses		
an das Institut für Transfusionsmedizin UKM - Blutbank Ebene 01 Ost Direktor: Univ.-Prof. Dr. Dr. W. Sibrowski - Transfusionsverantwortlicher		
Patientenetikett	Patient: * Station: Klinik: Grunderkrankung: Begleiterkrankungen:	
Blutgruppe: frühere Transfusionsreaktionen: bekannte Antikörper: Ind. z. Transfusion: <input type="checkbox"/> Z.n.-transplantation am: Z.n. SZT am: PBSC / KM / CB		
Blutprodukt:		
Art: Blutgruppe: Hersteller: Konserven-Nr.: Verfalldatum: Zeitpunkt der Transfusion: transf. Volumen (ml):		
Komplikationen:		
Zeitabstand Transfusion / unerwünschte Wirkung: ___ Minuten / ___ Stunde(n) / ___ Tag(e)		
Klinische Zeichen <input type="checkbox"/> Unwohlsein <input type="checkbox"/> Schweißausbruch <input type="checkbox"/> Schüttelfrost <input type="checkbox"/> Dyspnoe <input type="checkbox"/> Hautjucken <input type="checkbox"/> Schwindelgefühl <input type="checkbox"/> Übelkeit <input type="checkbox"/> Erbrechen <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen <input type="checkbox"/> Rückenschmerzen	Klinische Symptome <input type="checkbox"/> Urtikaria / „Flush“ <input type="checkbox"/> Fieber (T.-Anstieg > 1°C) <input type="checkbox"/> Bronchospasmus / Tachypnoe <input type="checkbox"/> Hämoglobinurie / Anurie <input type="checkbox"/> Blutdruckabfall (> 20 mmHg) <input type="checkbox"/> Tachykardie / Arrhythmie <input type="checkbox"/> Kollaps / Schock <input type="checkbox"/> Ikterus <input type="checkbox"/> Purpura / Blutungen <input type="checkbox"/> pulmonale Infiltrate	Klinische Verdachtsdiagnose <input type="checkbox"/> hämolytische Reaktion <input type="checkbox"/> febrile Reaktion <input type="checkbox"/> allergische Reaktion <input type="checkbox"/> pulmonale Reaktion <input type="checkbox"/> anaphylaktische Reaktion <input type="checkbox"/> septische Reaktion <input type="checkbox"/> GvHD <input type="checkbox"/> Transplantatversagen <input type="checkbox"/>
Schweregrad: <input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> mittelgradig <input type="checkbox"/> schwerwiegend		
Therapeutische Maßnahmen:		
Versandte Untersuchungsmaterialien:		
Blutbank: <input type="checkbox"/> 1 Serummonovette (10 ml) / 1 EDTA-Rö. (10 ml) <input type="checkbox"/> asservierte Konserve <input type="checkbox"/> Transfusionsbesteck <input type="checkbox"/> Filtersystem kontaminationsgesichert!		
Bakteriologie: <input type="checkbox"/> Blutkultur vom Empfänger		
Klinische Chemie: <input type="checkbox"/> Blutproben (LDH, Haptoglobin, freies Plasma-Hb, Hb im Urin, Bilirubin, BB, etc.)		
Verdacht einer transfusionsbedingten Infektion:		
Art der Infektion:		
aktueller Status:		Datum d. Unters.:
Status vor Transf.:		Datum d. Unters.:
Laborbefunde, Aufstellung der transfundierten Blutprodukte sind als Anlage beizufügen		
Kausaler Zusammenhang mit der Transfusion:		
<input type="checkbox"/> gesichert <input type="checkbox"/> wahrscheinlich <input type="checkbox"/> möglich <input type="checkbox"/> unwahrscheinlich <input type="checkbox"/> nicht zu beurteilen		
vermutete / tatsächliche Ursache:		
Ausgang des unerwünschten Ereignisses:		
Beginn:		Ende: (Datum / Uhrzeit) der unerwünschten Wirkung
<input type="checkbox"/> Restitutio ad Integrum		<input type="checkbox"/> noch keine Restitutio ad Integrum
<input type="checkbox"/> bleibender Schaden		<input type="checkbox"/> unbekannt <input type="checkbox"/> Exitus
Ergebnis der Aufklärung:		
<input type="checkbox"/> Produktmangel <input type="checkbox"/> Verwechslung <input type="checkbox"/> nicht zu klären <input type="checkbox"/>		

Name Ärztin / Arzt: Tel.-Nr. / Funk-Nr.:

Datum: Unterschrift: