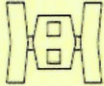




Anhang C3 – Konservenbegleitschein und Transportdokument, Transfusionsbericht

C3.1 Campus Benjamin Franklin

KONSERVEN		BEGLEITSCHIN	
UKBF Medizinische Klinik III Blutbank, Tel. 2633 RP: A D 3 7 E H G C		 L-BLU	
		Auftragsnr.: 72336663 Fallnr.: 0606698056 Abnahme: Eingang: 05.07.2004 09:29	
Name, Vorname Geb.-Datum			
Patient:			
AB0	Rh-Faktor	Rh-Unterg.	Kell
0	Rh positiv (D pos.)	ccD.ee	Kell ne
Konserve:			
AB0	Rh-Faktor	Rh-Unterg.	Kell
0	Rh-neg	ccdde	-
Konserven-Nr.: 			
		276101 04510507 04	
Konserven-Art: EK		haltbar bis: 01.08.2004	
Kreuzprobe: negativ		05.07.2004	
Nachkreuzung erforderlich		07.07.2004 9:29	
Untersucher: Aslantas, Semra			

Bitte nach der Transfusion hier abtrennen und an die Blutbank zurückschicken

CHECKLISTE TRANSFUSION

Überprüfung der Begleitpapiere

Vergleich mit Angaben auf dem Produkt

- Name, Vorname, Geburtsdatum stimmen überein ?
- Blutgruppe stimmt überein ?
- Produktnummer stimmt überein ?
- Ergebnis u. Gültigkeitsdauer der Verträglichkeitsprobe überprüft ?
- Verfallsdatum und Unversehrtheit des Produktes überprüft ?

Spezielle Indikationen überprüfen (falls erforderlich)

- Produkt ist CMV - negativ ?
- Produkt ist bestrahlt ?

Bedside-Test (bei erythrozytenhaltigen Blutprodukten)

- Blut für Bedside-Test selbst entnommen und Bedside-Test selbst durchgeführt ?
- Blutgruppe des Produktes mit Blutgruppe des Patienten kompatibel ?

Einleitung der Transfusion durch den Arzt

Verbleib der Konserve (Dokumentation nach §14 Transfusionsgesetz)

Bitte ausgefüllt an die Blutbank zurücksenden (Rohrpost AD37)

Transfusion erfolgt am: Datum

Transfusion nicht erfolgt, Konserve verworfen

Unterschrift
 der rückmeldenden Person

HAE-15 (8/99)

Konservenbegleitschein (gelb). A – Vorderseite: Identifikation von Patient und Konserve, Ergebnis der Verträglichkeitsprobe. B – Rückseite: Rückmeldung des Verbleibs der Konserve nach §14 Transfusionsgesetz.

Ungekreuzte Konserven oder solche mit reaktiver Kreuzprobe erhalten einen **roten Konservenbegleitschein**. In diesem Fall Transfusion nur im äußersten Notfall oder nach Rücksprache mit dem transfusionsmedizinischen Dienstarzt!

Der Konservenbegleitschein muss unter allen Umständen bis zum Abschluss der Transfusion mit der Konserve verbunden bleiben!

Während des Auftauens von gefrorenem Plasma muss er in unmittelbarer Nähe des Auftaegerätes verbleiben und anschließend wieder dem jeweiligen Plasmapräparat zugeordnet und mit ihm verbunden werden. Das gleichzeitige Auftauen von Plasmaprodukten für verschiedene Patienten im selben Arbeitsbereich ist nicht zulässig.



Direkt den transfundierenden Arzt verständigen und sachgerecht lagern!
Transportschein

Name, Vorname **A Rh positiv (D pos.)**
*** Geb.-Datum** CcD, Ee
Kell negativ
Irreg. Antikörper: nicht nachweisbar

Konserven-Nr.:	Hersteller:	ABO:	RH-Faktor:	Kreuzprobe:	Untersucher:
2761010 4630448 04	276101	A	Rh-pos	negativ	<i>[Signature]</i>
2761010 4651899 02	276101	A	Rh-pos	negativ	<i>[Signature]</i>

Datum / Uhrzeit: 01.06.2004 12:09

Kontrolle: *[Signature]*

Ausgang	Annahme
Datum:	Datum: 1.6.04
Uhrzeit: 12:50	Uhrzeit: 12:50
Unterschrift: <i>[Signature]</i>	PAT-ID stimmt überein: Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Zum Verbleib in der Patientenakte	Unterschrift: <i>[Signature]</i>
	Bedside-Test
	Anf-A: <input type="checkbox"/> pos <input type="checkbox"/> neg
	Anf-B: <input type="checkbox"/> pos <input type="checkbox"/> neg
	Unterschrift:

Transportschein für Blutkonserven. Das Feld „Annahme“ ist von der entgegennehmenden Person auszufüllen und zu unterschreiben. Das Feld „Bedside-Test“ ist vom transfundierenden Arzt auszufüllen. Der Transportschein wird Bestandteil der Patientenakte.

C3.2 Campus Charité Mitte und Campus Virchow Klinikum

ZTB Zentrum für Transfusionsmedizin
und Zelltherapie Berlin gGmbH

00102381



05.10.18
15:37 Uhr

UNTEREN ABSCHNITT SPÄTESTENS 24 STUNDEN NACH DER TRANSFUSION ZURÜCKSENDEN
OBERER ABSCHNITT VERBLEIBT IN DER PATIENTENAKTE

Patient: Muster, Muster
geb.: 12.12.2005 W
Phänotyp: CcD,ee K-
letzter AKS: neg (05.10.2018)

O Rh pos

Konservennr.: **01120 09999998 00**

Produkt: Erythrozytenkonzentrat
in PAGGS-M, CHB

Phänotyp: ccD,EE K-

O Rh pos

Menge: 310 g

Kreuzprobe: ()Negativ / ()Positiv / ()ohne

MTA

Die Kreuzprobe ist gültig bis 08.10.2018 15:06 Uhr

Datum/Uhrzeit: _____

Ergebnis Bedside-Test: _____

Arzt

Transfusionsverlauf: ()unauffällig

()Nebenwirkungen: _____

Arzt

(siehe Meldebogen Transfusionsreaktion)

TRANSFUSIONSBERICHT

() Die Transfusion ist erfolgt.

Bei Verdacht auf transfusionsassoziierte Nebenwirkungen bitte den Vordruck
"Meldung über den Verdacht einer Transfusionsreaktion" ausfüllen und die
dort beschriebene Vorgehensweise beachten.

Rückfragen unter 525123 (CCM) bzw. 553189 (CVK)

KONSERVENRÜCKGABE / VERFALLSMELDUNG / REKLAMATION *)

() Die Konserve wurde auf Station _____ ordnungsgemäß gelagert und
am _____ um _____ Uhr im verkehrsfähigen Zustand zurückgegeben.

() Die Konserve ist verfallen / wird reklamiert *).

Begründung:

Stempel und Unterschrift des Arztes/Unterschriftsberechtigten

Datum

Auftragsnr.: 00102381

Patient: Muster, Muster, geb. 12.12.2005

Konservennr.: 01120 09999998 00

Produkt: Erythrozytenkonzentrat

Klinik: Station 1031 (ITS III)



01120 09999998 00

Eingangskontrolle bei Rücknahme durchgeführt:

Unterschrift

Datum