

**Dokumentation der Einweisung von Ärzten/Pflegepersonal in die
Maschinelle Autotransfusion (Cellsaver)**

Anhang G3 der Transfusionsmedizinischen Dienstanweisung (QM-Handbuch für die Anwendung von Blutprodukten)

Version:
V1.1

Einweisung in die Maschinelle Autotransfusion incl. Qualitätskontrolle

Frau / Herr _____ hat am _____.____.201__ an der Einweisung in die Durchführung und Besonderheiten der Maschinellen Autotransfusion inklusive Qualitätskontrollen teilgenommen und ist in die Grundlagen zur Anwendung von maschinellen Autotransfusionen eingewiesen worden. Zur Kenntnis gebracht wurden die entsprechenden gesetzlichen Grundlagen des Transfusions- und Arzneimittelgesetzes, der Richtlinien zur Hämotherapie, der Querschnittsleitlinien zur Therapie mit Blutkomponenten und Plasmaderivaten sowie die Verfahrens- und Arbeitsanweisungen bezüglich der maschinellen Autotransfusion der Charité in den jeweils gültigen Fassungen.

Unterschrift Einweisender*

Name Einweisender

Datum

*einweisungsberechtigt für Ärzte sind TV und TB, für ANAE-FD MAT-Beauftragter des ZOPM

Geräteeinweisung Maschinelle Autotransfusion

Frau / Herr _____ wurde am _____.____.201__ in die Funktionsweise des Gerätes Sorin LivaNova Xtra Fresenius Kabi CATSmart _____ zur maschinellen Autotransfusion eingewiesen. Zur Kenntnis gebracht wurden insbesondere die Bedienung des entsprechenden Gerätes (s.o.), Handhabung des dazugehörigen Sammel- und Aufbereitungssystems sowie die Durchführung der notwendigen Qualitätskontrollen.

Unterschrift Einweisender*

Name Einweisender

Datum

* im Fall von Übertrag aus Datenbank MPG/Geräte-Beauftragter

Mit Teilnahme an der Einweisung in die maschinelle Autotransfusion incl. Qualitätskontrollen und der Geräteeinweisung wird sichergestellt, dass der Mitarbeiter die dafür erforderlichen Kenntnisse besitzt. Die *Richtlinien der Bundesärztekammer zur Gewinnung von Blut und Blutbestandteilen und zur Anwendung von Blutprodukten (Richtlinie Hämotherapie)* in der jeweils gültigen Fassung sind zu beachten.

Unterschrift anwendender Mitarbeiter

Name anwendender Mitarbeiter

Datum

Erstellt: E. Klotz - 11.07.2018 Geprüft: L. Kaufner, C. Wiegand-Löhnert, A. Pruß	Freigabe: Prof. Dr. med. U. Frei, Prof. Dr. med. A. Pruß - 20.06.2018
Aktualisiert:	Freigabe Aktualisierung:
Aktualisierung geprüft:	Geplante Überprüfung: bis Juli 2020
Original des vollständig ausgefüllten Formulars -> Archivierung durch Transfusionsbeauftragten der Klinik (Mitarbeiter erhält Kopie). Nachdruck und Verwendung in jeder Form nur mit ausdrücklicher Genehmigung der Qualitätsbeauftragten für Hämotherapie. Formular ist unter Unterlagen für interne und externe Anwender: Institut für Transfusionsmedizin - Charité – Universitätsmedizin Berlin als Anhang G3 hinterlegt.	