


Anlage 3 zu BT 7.1

	<h2>Bericht über unerwünschte Arzneimittelwirkungen (auch Verdachtsfälle)</h2>
---	--

An den

Transfusionsverantwortlichen      Tel.:      Fax:

unerwünschtes Ereignis Verdacht auf Nebenwirkung

Verdacht auf schwerwiegende Nebenwirkung

Name	Vorname	Geburtsdatum	Geschlecht	Größe	Gewicht	Tätigkeit	SSW
beobachtete unerwünschte Wirkungen		aufgetreten am:		Dauer Std./Tage			
(Datum/Uhrzeit)							
lebensbedrohlich?							
auslös. Arzneimittel/Anw.Form		Menge/Stärke	pharm. Hersteller	Chargenbez.	Datum/Uhrzeit d. Anwendung		
1.							
2.							
3.							
Vermuteter Zusammenhang mit Arzneimittel Nr.		dieses früher gegeben ja      nein		vertragen ja      nein		ggf. Reexposition neg pos.	
1	2	3	.....				
Grunderkrankung:      Begleiterkrankungen:							
Anamn. Besonderheiten: Nikotin      Alkohol      Kontrazeptiva      Schrittmacher      Implantate							
Strahlentherapie							
physikal. Therapie      Diät      Allergien'							
Stoffwechseldefekte'      Arzneimittelabusus'							
vorherige Transfusionen u/o Schwangerschaften							
bekannter Erythrozyten-/Thrombozytenantikörper				Plasma-Eiweißunverträglichkeit			
Medikation'      Sonstige:							
'weitere Erläuterungen:							

Veränderung von Laborparametern in Zusammenhang mit der unerwünschten Arzneimittelwirkung:	
Laborparameter aktuell nach Transfusionszwischenfall (vorhandene Vorwerte/Datum): Hämoglobin: Haptoglobin: Hämoglobinurie: Bilirubin: LDH: Retikulozyten: Gerinnungsstatus: Thrombozytenzahl: ggf. Berichtsbogen beil.	
Verlauf und Therapie der unerwünschten Arzneimittelwirkung:	
Ausgang der unerwünschten Arzneimittelwirkung:	
wiederhergestellt Exitus	wiederhergestellt mit Defekt noch nicht wiederhergestellt unbekannt
Sektion ja    nein    (ggf. Befund beifügen)	Todesursache:
a) beh. Arzt    b) Hersteller    c) Vors. Arzneim.-Komm.	
Weitere Bemerkungen:    (ggf. Anlage verwenden)	
Wer wurde informiert: P.E.I. Vors. Arzneim.-Komm.    Transfusionsbeauftragter	
Transfusionsverantwortlicher	Sonstige
Name des Arztes:    Tel.-Nr.	
Fachrichtung: Station:	
PLZ: Ort: Klinik ja    nein    (ggf. Stempel)	
Datum:    Unterschrift des Arztes:	
Nach Entlassung des Patienten ist eine Kopie des Entlassungsberichtes an die Transfusionsmedizin weiterzuleiten	