



## Dokumentationsnachweis für die Krankenakte

Bericht über unerwünschte Arzneimittelwirkungen (auch Verdachtsfälle)

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 der Anwendung		
1.							
2.							
3.							
Vermuteter Zusammenhang mit Arzneimittel Nr.	dieses früher gegeben ja      nein		vertragen ja      nein		ggf. Reexposition neg pos.		
1	2	3	4				
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:							

Anlage 5 zur VA BT 7.1, Version 01

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      wiederhergestellt mit Defekt      noch nicht wiederhergestellt	
unbekannt      Exitus      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.Arzt.-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 Transfusions- medizin weiterzuleiten	