

**Abklärung einer Transfusions-assoziierten akuten Lungeninsuffizienz (TRALI) bei der  
Anwendung von Blutprodukten gemäß § 63c**

<p><b>Einrichtung der Krankenversorgung:</b> PLZ/Ort/Straße: Tel.: _____ Fax: _____</p>	<p><b>Patient/in: (Etikett)</b> Name _____ Geburtsdatum: _____ <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/></p>												
<p><b>Klinisch radiologische Diagnostik</b> Datum Ereignis: __.__.__</p> <p><b>Akute Atemnot</b> (Symptomatik innerhalb von 6h nach Transfusionsbeginn)    <input type="checkbox"/> nein    <input type="checkbox"/> ja Beginn: _____</p> <p><b>Akutes Lungenödem</b>, beidseitig (Auskultation)    <input type="checkbox"/> nein    <input type="checkbox"/> ja</p> <p><b>Ausschluß einer Hypervolämie</b> (kardial, renal, iatrogen)    <input type="checkbox"/> nein    <input type="checkbox"/> ja</p> <p><b>Radiologischer Vorbefund</b> ohne Lungenödem    <input type="checkbox"/> nein    <input type="checkbox"/> ja</p> <p><b>Radiologischer Befund nach Transfusion</b> mit beidseitigem Lungenödem    <input type="checkbox"/> nein    <input type="checkbox"/> ja Zeitpunkt: _____</p> <p><b>Labor</b>    <input type="checkbox"/> O2- Sättigung &lt; 90%    <input type="checkbox"/> Leukozytenzahl &gt; 40.000 Zellen/µl (vor Transfusion bei Leukämiepatienten)</p>													
<p><b>Mögliche weitere Ursachen für akute Lungeninsuffizienz:</b></p> <table style="width:100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Sepsis</td> <td><input type="checkbox"/> akute Pankreatitis</td> <td><input type="checkbox"/> Verbrennung</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Aspiration</td> <td><input type="checkbox"/> Lungenkontusion</td> <td><input type="checkbox"/> Inhalatives Trauma</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Pneumonie</td> <td><input type="checkbox"/> Polytrauma</td> <td><input type="checkbox"/> Lungenschädigende Medikamente</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> kardiopulmonaler Bypass</td> <td><input type="checkbox"/> _____</td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> Sepsis	<input type="checkbox"/> akute Pankreatitis	<input type="checkbox"/> Verbrennung	<input type="checkbox"/> Aspiration	<input type="checkbox"/> Lungenkontusion	<input type="checkbox"/> Inhalatives Trauma	<input type="checkbox"/> Pneumonie	<input type="checkbox"/> Polytrauma	<input type="checkbox"/> Lungenschädigende Medikamente		<input type="checkbox"/> kardiopulmonaler Bypass	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Sepsis	<input type="checkbox"/> akute Pankreatitis	<input type="checkbox"/> Verbrennung											
<input type="checkbox"/> Aspiration	<input type="checkbox"/> Lungenkontusion	<input type="checkbox"/> Inhalatives Trauma											
<input type="checkbox"/> Pneumonie	<input type="checkbox"/> Polytrauma	<input type="checkbox"/> Lungenschädigende Medikamente											
	<input type="checkbox"/> kardiopulmonaler Bypass	<input type="checkbox"/> _____											
<p><b>Verlauf und Therapie</b></p> <p>Sauerstoffgabe ohne Beatmung notwendig    <input type="checkbox"/> nein    <input type="checkbox"/> ja Zeitpunkt: _____</p> <p>Beatmung notwendig    <input type="checkbox"/> nein    <input type="checkbox"/> ja Zeitpunkt: _____</p> <p>Intensivierte Beatmung notwendig (PEEP)    <input type="checkbox"/> ja    <input type="checkbox"/> nein    <input type="checkbox"/> sonstiges _____</p> <p>Gabe von Katecholaminen    <input type="checkbox"/> ja    <input type="checkbox"/> nein _____</p>													
<p><b>Ausgang der Reaktion:</b> Datum der Extubation: __.__.__    <input type="checkbox"/> wiederhergestellt    <input type="checkbox"/> unbekannt</p> <p>Exitus <input type="checkbox"/>    Todesursache: _____ Datum: _____    Sektion: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/></p>													
<p>Station / Tel.-Nr. / Name des transfundierenden Arztes: Stempel / Unterschrift: _____ Datum: _____</p>													
<p><b>Meldung an:</b> Zentrum für Transfusionsmedizin und Hämotherapie am Universitätsklinikum Giessen und Marburg GmbH, Standort Gießen, Langhansstr. 7, 35385 Gießen, Tel. 0641/985-41508, Fax: -41539</p> <p>Standort Marburg, Baldinger Str., 35043 Marburg, Tel. 06421/58-65515, Fax: -64511</p>													