

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

Einrichtung der Krankenversorgung: PLZ/Ort/Straße: Tel.: _____ Fax: _____		Patient/in: (Etikett) Name _____ Geburtsdatum: _____ <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/>	
Klinisch radiologische Diagnostik Datum Ereignis: ____-____-____ Akute Atemnot (Symptomatik innerhalb von 6h nach Transfusionsbeginn) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Beginn: _____ Akutes Lungenödem, beidseitig (Auskultation) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Ausschluß einer Hypervolämie (kardial, renal, iatrogen) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Radiologischer Vorbefund ohne Lungenödem <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Radiologischer Befund nach Transfusion mit beidseitigem Lungenödem <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Zeitpunkt: _____ Labor <input type="checkbox"/> O2- Sättigung < 90% <input type="checkbox"/> Leukozytenzahl > 40.000 Zellen/µl (vor Transfusion bei Leukämiepatienten)			
Mögliche weitere Ursachen für akute Lungeninsuffizienz: <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"/> _____			
Verlauf und Therapie Sauerstoffgabe ohne Beatmung notwendig <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Zeitpunkt: _____ Beatmung notwendig <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Zeitpunkt: _____ Intensivierte Beatmung notwendig (PEEP) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> sonstiges _____ Gabe von Katecholaminen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein _____			
Ausgang der Reaktion: Datum der Extubation: ____-____-____ <input type="checkbox"/> wiederhergestellt <input type="checkbox"/> unbekannt Exitus <input type="checkbox"/> Todesursache: _____ Datum: _____ Sektion: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>			
Station / Tel.-Nr. / Name des transfundierenden Arztes: Stempel / Unterschrift: _____		Datum: _____	
Meldung an: Zentrum für Transfusionsmedizin und Hämotherapie am Universitätsklinikum Giessen und Marburg GmbH, Standort Gießen, Langhansstr. 7, 35385 Gießen, Tel. 0641/985-41508, Fax: -41539 Standort Marburg, Baldinger Str., 35043 Marburg, Tel. 06421/58-65515, Fax: -64511			