

Name der klinischen Einrichtung:	
Name des Transfusionsbeauftragten:	
Berichtsjahr:	20__

Teil 1: Qualitätsmanagement in der klinischen Hämotherapie

1 Meine Qualifikation und Aufgabe als Transfusionsbeauftragter (TB):

- 1 Ich besitze eine **Facharztanerkennung**. ja nein*
- 2 Ich habe den **Kurs für TB** bei einer Ärztekammer absolviert. ja nein*
- 3 Ich habe eine **Delegationsvereinbarung** unterschrieben. ja nein*
- 4 Mir stand in diesem Jahr **ausreichend Zeit** (als Freistellung durch den Klinikdirektor) für diese Aufgabe zur Verfügung. ja nein*

2 Von mir durchgeführte Schulungsmaßnahmen in meiner Abteilung:

- 1 Ich habe **alle neuen Ärzte**, die seit dem letzten internen Audit in meiner Abteilung begonnen haben, anhand der Checkliste geschult. ja nein*
- 2 Alle unterschriebenen **Checklisten** habe ich so abgelegt, dass darauf zugegriffen werden kann. ja nein*
- 3 Ich habe seit meinem letzten internen Audit mindestens eine **allgemeine Schulung** zum Thema „klinische Hämotherapie“ in der Abteilung durchgeführt oder durchführen lassen. ja nein*
- 4 Diese Schulung ist nach den für meine klinische Abteilung üblichen internen Schulungsvorgaben **dokumentiert**. ja nein*

3 Informationsaustausch mit der Transfusionsmedizin:

- 1 Seit meinem letzten internen Audit sind in der klinischen Abteilung **keine schwerwiegenden Zwischenfälle** bei Transfusionen aufgetreten. ja doch*
- 2 Seit meinem letzten internen Audit wurde ich **nicht** in Rückverfolgungen (*look back*) eingebunden. ja doch*

4 Klinische Handlungsempfehlungen in der Gerinnung:

- 1 Ich habe die Handlungsempfehlungen für meine Abteilung geprüft und sehe gegenwärtig **keinen Änderungsbedarf**. ja doch*

5 Indikationskatalog (nur für operative Fächer):

- 1 Ich habe den Indikationskatalog für meine Abteilung geprüft und sehe gegenwärtig **keinen Änderungsbedarf**. ja doch*

*: diese Beobachtung habe ich auf Seite 3 kommentiert.

Teil 2: Durchführung und Dokumentation der Transfusion

Bei diesem Audit verfolge ich die Transfusion einer beliebigen Blutkomponente durch Einsichtnahme in die Krankenakte. Diese Transfusion ist **nicht** von mir selbst durchgeführt worden. Codierte Informationen zum Patienten und zur transfundierten Blutkomponente habe ich hier eingetragen:

PID des Patienten:	Nummer der Blutkomponente:
---------------------------	-----------------------------------

6 Indikation, Aufklärung und Einwilligung

- 1 Es besteht eine **dokumentierte** Indikation zur Transfusion. ja nein*
- 2 Der Patient wurde **rechtswirksam aufgeklärt** (vor der Transfusion oder nachträglich). ja nein*
- 3 Eine **schriftliche Einwilligung** des Patienten liegt vor. ja nein*

7 Vorbereitung und Durchführung der Transfusion

- 1 Ein **ABO-Identitätstest** (*bedside test*) wurde durchgeführt und das Ergebnis wurde in der Akte dokumentiert. ja nein*
- 2 **Datum und Uhrzeit der Transfusion** sind aus der Krankenakte ersichtlich. ja nein*
- 3 Die **Nummer der Blutkomponente** ist in der Akte dokumentiert. ja nein*

8 Nachbereitung

- 1 **Unerwünschte Wirkungen** wurden nicht beobachtet oder, falls beobachtet, in der Akte dokumentiert und an die Transfusionsmedizin gemeldet. ja nein*
- 2 Der **Aufbewahrung des leeren Transfusionsbehältnisses** in einem Kühlschrank ist für 24 h nach der Transfusion gewährleistet. ja nein*
- 3 Der **Transfusionserfolg** (z. B. Hb-Anstieg) ist dokumentiert. ja nein*

*: diese Beobachtung habe ich auf Seite 3 kommentiert.

Meine Erläuterungen zu Antworten in den Kategorien „nein“ und „doch“ von Seite 1 und 2 dieses Berichtes:

Nummer (z. B. 6.2)	Erläuterung

Bitte den vollständigen Bericht an:
Prof. Dr. U. Sachs, QBH, Transfusionsmedizin Marburg

Dieses interne Audit wurde von mir persönlich nach bestem Wissen und Gewissen durchgeführt.

Ort, Datum

Unterschrift des Transfusionsbeauftragten

Marburg, den	
--------------	--

**Telefon-/
DECT-Nr.**

--	--	--	--	--	--