

Form.
H2b

Abklärung des Verdachts einer transfusionsbedingten viralen Infektion bei der Anwendung von Blutprodukten gemäß § 63i AMG und § 16 TFG

an das Paul-Ehrlich-Institut, Fachgebiet SBD 2, Paul-Ehrlich-Str. 51-59, 63225 Langen



weitere Angaben siehe: www.pei.de/haemovigilanz-formulare

Tel.: (06103) 77-3116

E-Mail: biovigilance@pei.de

Fax.: (06103) 77-1268

Fallnr. der Blutspendeeinrichtung (BE):	Dieses Feld bitte ausfüllen falls bekannt PEI-Nr.:	<input type="checkbox"/> Initialbericht <input type="checkbox"/> Folgebericht
--	--	---

BE:	E-Mail:
Straße, Nr.:	Tel.:
PLZ / Ort:	Fax:

Angaben zu Empfänger:in

Pat. Initialen (Name, Vorname):	Geburtsdatum:	Geschlecht: <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers
---------------------------------	---------------	--

Indikation zur Transfusion: _____

Grunderkrankung: _____

Blutprodukte (ggf. Liste beifügen)	Hersteller	Produkt- Nr.	Datum der Spende	Transfusionsdatum:
EK, GFP, P-TK, A-TK				

Laborbefunde vor Transfusion negativ _____ **Datum:** _____
 positiv _____

Pat. erhielt auch Produkte anderer Hersteller: ja _____ nein nicht bekannt
 Zusätzliche Produktliste mit Verabreichungsdatum und Pharmazeutischem Unternehmer ist beigefügt

Wichtige Hinweise für die Abklärung des Verdachts der gemeldeten Transfusionsreaktion (z. B. Reiseanamnese):

Laborbefunde nach Transfusion:					Befunddatum
HBV	HBsAg	<input type="checkbox"/> neg	<input type="checkbox"/> pos	<input type="checkbox"/> nicht getestet	
	anti-HBc IgM	<input type="checkbox"/> neg	<input type="checkbox"/> pos	<input type="checkbox"/> nicht getestet	
	anti-HBc IgG	<input type="checkbox"/> neg	<input type="checkbox"/> pos	<input type="checkbox"/> nicht getestet	
	NAT	<input type="checkbox"/> neg	<input type="checkbox"/> pos	<input type="checkbox"/> nicht getestet	
HEV	anti-HEV IgM	<input type="checkbox"/> neg	<input type="checkbox"/> pos	<input type="checkbox"/> nicht getestet	
	anti-HEV IgG	<input type="checkbox"/> neg	<input type="checkbox"/> pos	<input type="checkbox"/> nicht getestet	
	NAT	<input type="checkbox"/> neg	<input type="checkbox"/> pos	<input type="checkbox"/> nicht getestet	
HCV	anti-HCV	<input type="checkbox"/> neg	<input type="checkbox"/> pos	<input type="checkbox"/> nicht getestet	
	NAT	<input type="checkbox"/> neg	<input type="checkbox"/> pos	<input type="checkbox"/> nicht getestet	
HIV	anti-HIV 1/2	<input type="checkbox"/> neg	<input type="checkbox"/> pos	<input type="checkbox"/> nicht getestet	
	NAT	<input type="checkbox"/> neg	<input type="checkbox"/> pos	<input type="checkbox"/> nicht getestet	
WNV	anti-WNV IgM	<input type="checkbox"/> neg	<input type="checkbox"/> pos	<input type="checkbox"/> nicht getestet	
	anti-WNV IgG	<input type="checkbox"/> neg	<input type="checkbox"/> pos	<input type="checkbox"/> nicht getestet	
	NAT	<input type="checkbox"/> neg	<input type="checkbox"/> pos	<input type="checkbox"/> nicht getestet	
Andere:		<input type="checkbox"/> neg	<input type="checkbox"/> pos	<input type="checkbox"/> nicht getestet	
		<input type="checkbox"/> neg	<input type="checkbox"/> pos	<input type="checkbox"/> nicht getestet	

**Abklärung des Verdachts einer transfusionsbedingten viralen Infektion
bei der Anwendung von Blutprodukten gemäß § 63i AMG / § 16 TFG
vom/ von der Empfänger:in ausgehendes Rückverfolgungsverfahren (Fortsetzung)**



Angaben zu den spendenden Personen

Blutprodukte					Ergebnis der Spender-Nachuntersuchung			Ergebnis der Rückstellprobe	
EK	GFP	P-TK	A-TK	Produkt-Nr.	Serologisch	Einzel-NAT	Datum	Einzel-NAT	Spendedatum

Phylogenetische Sequenzhomologie (Empfänger:in / Spender:in) für die Produktnummer/n:
 _____ belegt ausgeschlossen nicht durchgeführt
 _____ belegt ausgeschlossen nicht durchgeführt
 _____ belegt ausgeschlossen nicht durchgeführt

Kausalzusammenhang der Virusinfektion mit der Transfusion nach Votum 48, Anhang E für die Produktnummer/n:
 _____ sicher wahrscheinlich möglich unwahrscheinlich ausgeschlossen nicht bewertbar
 _____ sicher wahrscheinlich möglich unwahrscheinlich ausgeschlossen nicht bewertbar
 _____ sicher wahrscheinlich möglich unwahrscheinlich ausgeschlossen nicht bewertbar

Name des / der Transfusionsbeauftragten, Stufenplanbeauftragten
 Klinik / Praxis:
 Straße, Nr.: Tel.-Nr.:
 PLZ / Ort: Fax-Nr.:
 E-Mail:

Datum: Unterschrift: