

Blutproduktegebarung im AKH
AKH PB

gültig ab: 24.05.2012

Version 03

Seite 1 von 12

1 GELTUNGSBEREICH UND ZWECK

Die Transfusion von Blutprodukten ist eine therapeutische Handlung mit hohem Risikopotential und weit reichenden gesetzlichen Vorgaben und unterliegt deshalb einer genauen Vorgabe und Kontrolle.

Ziel dieser Darstellung:

- Die Sicherheit der Patienten gewährleisten
- Die Gewährleistung der Hämovigilanz
- Die Gewährleistung der Rechtssicherheit für unsere Mitarbeiter/innen

Diese Prozessbeschreibung regelt die Handhabung von labilen Blutprodukten, die von Seiten der Universitätsklinik für Blutgruppenserologie und Transfusionsmedizin zur Verfügung gestellt werden und ist in allen Klinischen Bereichen des AKH Wien umzusetzen.

Ausgenommen sind Stammzell- und Gewebeprodukte, sowie Drainage- und Cellsaver-Blut.

2 MITGELTENDE DOKUMENTE

- 2002/98/EG/Richtlinie des Europäischen Parlaments zur Festlegung von Qualitäts- und Sicherheitsstandards bei Gewinnung, Testung, Verarbeitung, Lagerung und Verteilung von menschlichem Blut und Blutbestandteilen
http://europa.eu/legislation_summaries/public_health/threats_to_health/c11565_de.htm
- Richtlinien in der Blutgruppenserologie und Transfusionsmedizin, Teil 1-3
<http://www.wienkav.at/ZeigeDoku.asp?ID=3771>
- Richtlinien in der Blutgruppenserologie und Transfusionsmedizin, Teil 4 (ÖGBT und des Direktoriums für das Blutspendewesen des Österreichischen Roten Kreuzes, 2007),
<http://www.wienkav.at/ZeigeDoku.asp?ID=3770>
- Blutsicherheitsgesetz BGBl. Nr. 44/1999 i.d.g.F
- Hämovigilanz Verordnung 2007, BGBl II, Nr. 155/ 2007
- Ärztegesetz
- Gesundheits- und Krankenpflegegesetz
- Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz
- Verbandsverantwortlichkeitsgesetz BGBl I 151/2005 i.d.g.F
- AKH-R/40/2012 Eigenblutvorsorge
- AKH-R/40/2000 Klinische Prüfung von Medizinprodukten
- AA Transporte von Proben und Befunden (VDR-VBA)

VERSION 03	Funktion	Name	Datum	Unterschrift
Erstellt	QB Transfusionsmedizin	M. Horvath	17.04.2012	e.h.
Geprüft	Abt. strategische Planung und QM	H. Kitz	08.05.2012	e.h.
Freigegeben	Abfallbeauftragter AKH	G. Horinek	21.05.2012	e.h.
Freigegeben	Direktorin des Pflegedienstes	S. Wolf	10.05.2012	e.h.
Freigegeben	Herstellungsleitung Transfusionsmedizin	G. Leitner	08.05.2012	e.h.
Freigegeben	Leitung Univ. Klinik f. Blutgruppenserologie und Transfusionsmedizin	W.R. Mayr	24.05.2012	e.h.
Freigegeben	Ärztl. Direktor	R. Krepler	23.05.2012	e.h.

- Abfallwirtschaft im AKH (AKH Intranet)
- Hygienemappe AKH (AKH Intranet)
- Leitlinie Wiener Krankenanstaltenverbund, Transfusion von Blut und Blutprodukten, i.d.g.F <http://www.wienkav.at/kav/blutsparen/ZeigeText.asp?ID=2987>
- AA Schulungsunterlagen Blutprodukte und Transfusionswesen (UBT-TFM)
- PICS „Bluttransfusion Aufklärungsbogen“ (AKH intranet)
- FM Blutgruppenserologischer Befund „Rosa Schein“ (AB 54 78)
- FM Rezept für Blutprodukte (vormals AB 7303, AKH intranet)
- FM Blutprodukte Begleitkartei, Ersatzformular
- FM Thrombozytenkonzentrat Bestellung
- FM Allgemeines Informationsblatt zur EB Spende
- FM Ärztliche Zuweisung zur EB Entnahme
- Hämovigilanzformulare des Bundesamts für Sicherheit im Gesundheitswesen (s:6.6.1) <http://www.basg.gv.at/arzneimittel/blut/formulare/>
- F_I 187 Meldung einer Transfusionsreaktion an das Blutdepot
- F_I 171 Hämovigilanz Meldeformular A
- F_I 179 Meldung Beinahefehler N

3 VERWENDETE ABKÜRZUNGEN

A.....	Arzt/Ärztin
AA.....	Arbeitsanweisung
AGES	Österr. Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit GmbH
AKH.....	Allgemeines Krankenhaus der Stadt Wien – Medizinischer Universitätscampus
AL.....	Abteilungsleiter/in
BB.....	Blutbefund
BASG	Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen
BG.....	Blutgruppe
BGBL.....	Bundesgesetzblatt
BGS.....	Blutgruppenserologie
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BP.....	Blutprodukt
DGKS/P.....	Dipl. Gesundheits- und Krankenschwester/-pfleger
DPQ.....	Abteilung Strategische Planung und QM
EB.....	Eigenblut
FM	Formular
KAV	Wiener Krankenanstaltenverbund
KG	Krankengeschichte
KP.....	Kreuzprobe
MA.....	Mitarbeiter/innen
MEL.....	Medizinische Einzelleistung
ÖGBT	Österreichische Gesellschaft für Blutgruppenserologie u. Transfusionsmedizin
Pat.....	Patient
PB.....	Prozessbeschreibung
PDR.....	Direktion des Pflegedienstes
QM.....	Qualitätsmanager/in
TFM.....	Transfusionsmedizin
UBT	Universitätsklinik für Blutgruppenserologie und Transfusionsmedizin
UG 2002	Universitätsgesetz
VDR.....	Verwaltungsdirektion

4 VERANTWORTLICHE/R DES QM- DOKUMENTS

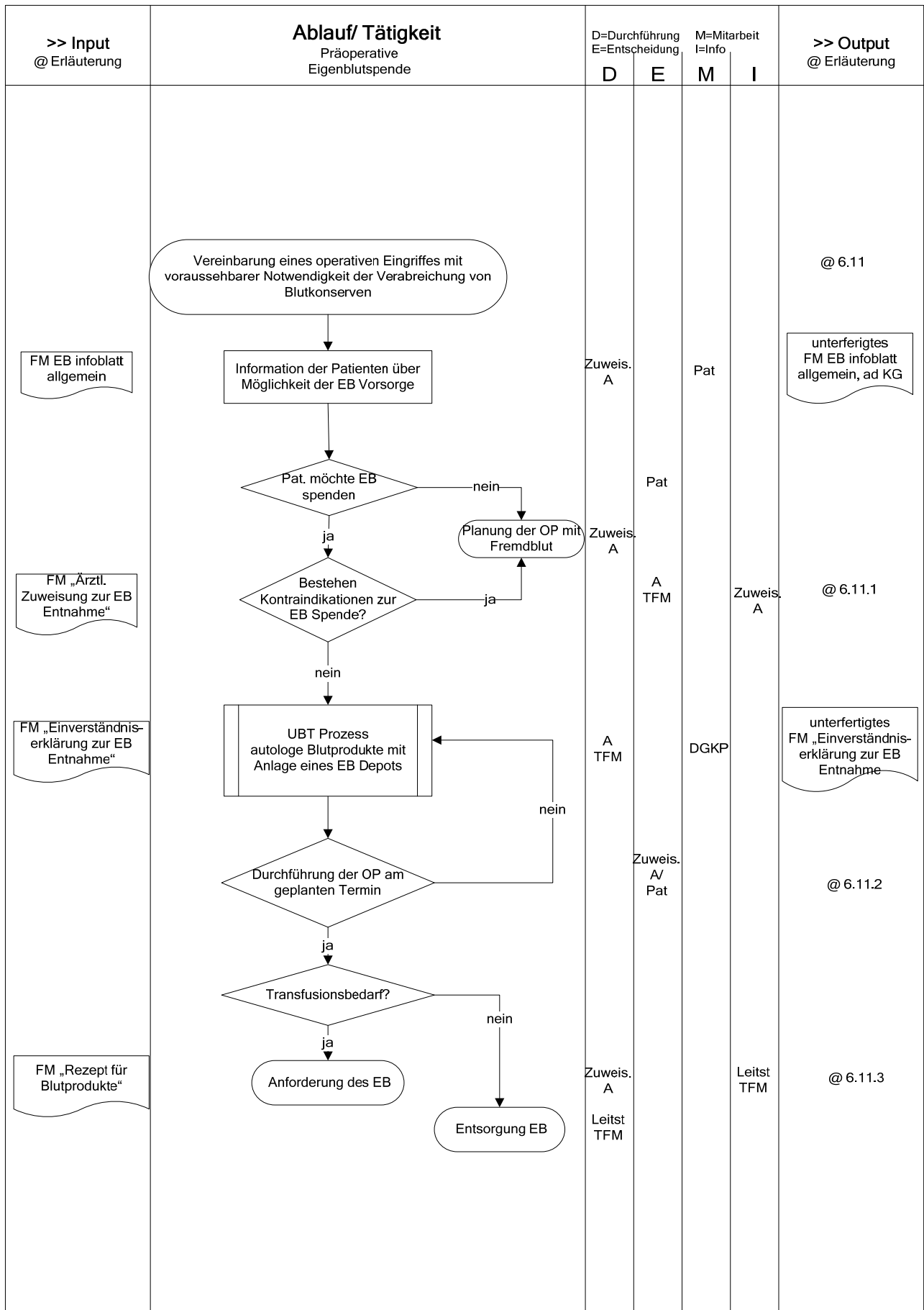
Leitung Univ. Klinik für Blutgruppenserologie und Transfusionsmedizin
 Leitung Bereich Transfusionsmedizin

5 TÄTIGKEITSBESCHREIBUNG

5.1 HOMOLOGE BLUTPRODUKTE

>> Input @ Erläuterung	Ablauf/ Tätigkeit Homologe Blutprodukte	D = Durchführung E = Entscheidung M = Mitarbeit I = Info				>> Output @ Erläuterung
		D	E	M	I	
@ 6.10		A			DGKS/P	
Aufklärungsbogen	Nachweisliche Aufklärung des Patienten	A		Pat		@ 6.1
	Einwilligung des Patienten	Pat	Pat	A		Unterschiebener Aufklärungsbogen
	Blutprodukt bei dem Kreuzprobe notwendig ist?		A			@ 6.2
Rosa Schein	Abnehmen der Kreuzprobe	A		Pat,	DGKS/P	
- Rezept für Blutprodukte - Bestellung Thrombokonz	Abnahme d. Blutes f. Bestimmung der BG	A				@ 6.3
	Bestellen des Blutproduktes	A	DGKS/P			Ausgefüllter rosa Schein Ausgefülltes Rezept
	Übernehmen des Blutproduktes an d. Station	A	DGKS/P			@ 6.4
	Prüfung des Blutproduktes	A	DGKS/P			@ 6.4
	OK?		A			@ 6.5
KG	Vorbereitung der Transfusion	A	DGKS/P			@ 6.5 Doku in KG
	Bedside test ist durchzuführen?	A	A		Pat	@ 6.5 Doku in KG
Kontaktaufnahme TFM	O.k.		A			@ 6.6 und 6.6.1
KG MEL-Beleg ASK Code Begleitkarte	Verabreichung der Transfusion Doku der Verabreichung u. d. Verträglichkeit sowie Leistungserfassung Entsorgung des Blutproduktbeutel	A		Pat		@ 6.6 und 6.6.1 @ 6.7 Doku in KG Ausgefüllter MEL-Beleg, ASK Code Ausgefüllte Begleitkarte @ 6.8
@ 6.9		A	DGKS/P			

5.2 PRÄOPERATIVE EIGENBLUTSPENDE



6 ERLÄUTERUNGEN

ANORDNUNG DES BLUTPRODUKTS:

- erfolgt durch eine/n Fachärztin/arzt
Dem Ausbildungsstand entsprechend, kann diese Befugnis durch den jeweilige/n Verantwortliche/n auch an Ärzte/Ärztinnen in Ausbildung übertragen werden.
Die Überprüfung der Kenntnisse und die Anordnungsbefugnis müssen nachvollziehbar dokumentiert sein!

BLUTGRUPPENBESTIMMUNG – BLUTGRUPPENBEFUNDE:

- Auswärtig erstellte Blutgruppenbefunde werden für die Bestellung von Blutprodukten nicht akzeptiert!
- Zugleich mit der Blutprodukteanforderung muss eine Blutprobe zur Blutgruppenbestimmung an die UBT geschickt werden, damit ehest möglich Blutprodukte, der Patientenblutgruppe entsprechend, transfundiert werden können.

- Für die NOTFALLSBESTELLUNG von Blutprodukten gilt, dass für diese Patient/innen

Erythrozytenkonzentrate der **BG 0 Rh negativ** und
Plasmaprodukte der **BG AB** verabreicht werden.

- Das Blut für BG Bestimmung ist unbedingt VOR Transfusion abzunehmen, da anderenfalls durch das entstandene Mischfeld eine eindeutige Blutgruppenbestimmung nicht möglich wäre.

DIE LAGERHALTUNG VON BLUTPRODUKTEN AUßERHALB DER UBT IST VERBOTEN!

- Wenn Erythrozytenkonzentrate und Plasmen auf Raumtemperatur gebracht wurden, dürfen diese keinesfalls wieder eingekühlt werden!
- Die Verabreichung von Erythrozytenkonzentraten muss **innerhalb von 6 Stunden nach Erwärmen** erfolgen.
- Nicht verabreichte, nicht angestochene Blutprodukte MÜSSEN über die Universitätsklinik für Blutgruppenserologie und Transfusionsmedizin entsorgt werden.

EINHALTUNG DER HYGIENERICHTLINIEN LAUT HYGIENEMAPPE - IM SPEZIELLEN:

„Hautantiseptik“
„Händehygiene – Merkblatt 1- 4“
Flächendesinfektionsmitteln“

Die Aufbewahrung von Bedsidetestkärtchen (**infektiöses Material**) in der Krankengeschichte ist **nicht zulässig!**

Kontaminierte, nicht elektronisch gespeicherte Krankengeschichtsbestandteile müssen in einer Klarsichthülle fotokopiert und die Kopie in die Krankengeschichte eingelegt werden.

6.1 NACHWEISLICHE AUFKLÄRUNG DES PATIENTEN

Für die Transfusion sind die Regeln der ärztlichen Aufklärungspflicht durch den Arzt zu beachten.

Die Aufklärung des Patienten hat vor der ersten Transfusion zu erfolgen (unter Verwendung der im AKH bereitgestellten Aufklärungsbögen).

Im Falle von fortlaufenden Therapien über einen zusammenhängenden Zeitraum genügt die Aufklärung vor der Verabreichung der ersten Konserve, wenn

- der/die Patient/in die Aufklärungsinhalte verstanden hat
- die zeitliche Nähe und der Zusammenhang gegeben sind
- sich keine Änderungen während dieses Zeitraums ergeben haben (z.B.: Risiko ändert sich)

6.2 KREUZPROBE

Für die Transfusion von erythrozytenhaltigen Blutprodukten (Erythrozytenkonzentrate, Granulozyten) ist prinzipiell die Durchführung einer Kompatibilitätstestung (Kreuzprobe) zwischen Spenderblut und Patientenblut notwendig.

KREUZPROBENGÜLTIGKEIT

Die Kreuzprobe hat eine Gültigkeit von 72h ab dem Zeitpunkt der Blutentnahme. Diese Zeitbegrenzung sichert die aktuelle Verträglichkeit. Jenseits dieses Zeitraumes kann es durch Boosterung eventuell vorhandener Antikörper zu hämolytischen Transfusionsreaktionen kommen.

Es ist daher nicht zulässig das Abnahmedatum zu manipulieren.

- Durchführung der Kreuzprobe auch bei vitaler Notfallindikation
- in diesem Fall muss das Ergebnis nicht abgewartet werden
- am Rezept für Blutprodukte „Ausgabe ohne Kreuzprobenbefund“ ankreuzen

Keine Kreuzprobe bei der Anforderung von Plasma und Thrombozytenkonzentraten.

6.3 ANFORDERUNG EINES BLUTPRODUKTES

Da Blutprodukte in Österreich rezeptpflichtige Arzneimittel darstellen, ist eine schriftliche Anforderung, das Rezept für Blutprodukte, an die Universitätsklinik für Blutgruppenserologie und Transfusionsmedizin notwendig!

Dieses Rezept muss vollständig ausgefüllt, sowie mit NAME und Unterschrift des Anforderers versehen sein.

Das FM Rezept für Blutprodukte ist über das AKH intranet, QM Channel, auszudrucken und im Original zu senden. <http://intranet.akhwien.at/default.aspx?cid=10334>

ANFORDERUNG BLUTGRUPPENBESTIMMUNG

FM „Rosa Schein“:	Original
Röhrchen für BG Bestimmung:	1 EDTA 6ml (Kinder 3,8ml)

ANFORDERUNG VON ERYTHROZYTENKONZENTRATEN

FM Rezept für Blutprodukte:	Original (für max. 10 EK)
FM „Rosa Schein“:	Original (KIS Etikett auch auf Rückseite!)

Röhrchen für Kreuzprobe:	1 EDTA 6ml (Kinder 3,8ml), 1 Nativblut 9ml
--------------------------	---

ANFORDERUNG VON THROMBOZYTENKONZENTRATEN

FM Rezept für Blutprodukte:	Original
FM Bestellung Thrombozytenkonzentrat:	<u>Fax</u> ad Kl. 4040
Röhrchen:	keine

ANFORDERUNG VON PLASMAKONZENTRATEN

FM Rezept für Blutprodukte:	Original (für max. 10 Plasmen)
Röhrchen:	keine

ANFORDERUNG VON BLUTPRODUKTEN BEI NOTFÄLLENErythrozyten und Plasma:

- Telefonische Information der TFM Ausgabe, Kl. 5322
- Bei Notfällen wird vorab ein Rezept per Fax akzeptiert, Original unbedingt nachsenden
- Röhrchen für BG Bestimmung und Kreuzprobe unbedingt VOR Transfusion abnehmen

Thrombozyten:

- Der Hauptdienstarzt der TFM ist neben der schriftlichen Anforderung (Fax) zusätzlich telefonisch zu informieren, Kl. 5302

6.4 KONTROLLE BEI DER ÜBERNAHME DES GELIEFERTEN BLUTPRODUKTS

Die Übernahme der Blutprodukte an der Station muss nachweislich erfolgen!

Kontrolliert werden:

- Übereinstimmung des angeforderten mit dem gelieferten Produkt
- Optische Unversehrtheit
- Ablaufdatum
- Übereinstimmung der Patientendaten mit den Begleitscheindaten, Blutgruppenvergleich, Konservenummer
- Kreuzprobenbefund (wenn vorhanden)

☞ **Vorgangsweise bei Mängeln:** UBT verständigen (Tel. 5322)
Blutprodukt an UBT retournieren

6.5 BEDSIDE-TEST

Vor der Transfusion von erythrozytenhaltigen Blutprodukten ist ein Bedside Test von Patientenblut und Konservenblut obligat notwendig.

Ein korrekt durchgeführter Bedside Test verhindert ABO- Inkompatibilität durch Verwechslung. Damit lässt sich eine potentiell tödliche Fehltransfusion verhindern. Es ist zwingend erforderlich, die Identitätsüberprüfung sowie den Bedside Test aus Patientenblut und Konservenblut unmittelbar vor Transfusion am Bett der PatientIn durchzuführen. Die Durchführung am Stützpunkt aus zuvor abgenommenem Blut ist nicht zulässig, da auf diese Weise eine eindeutige Patientenzuordnung nicht sichergestellt ist

DURCHFÜHRUNG DES BEDSIDE- TESTS:

- obligat
- unmittelbar vor der Transfusion
- Blutabnahme unmittelbar vor dem Bedside-Test direkt vom Patienten
- für jedes zu transfundierende Erykonzentrat
- ausschließlich direkt beim Patienten, beim Bett (*)
- durch den/ die transfundierende/n Arzt/in

- (*) Von den Kliniken / Abteilungen sind die Voraussetzungen zu schaffen für die Durchführung des Bedside Test direkt am Bett (z. B. in Form eines „Transfusions-Wagens“).

Die Durchführung des Bedside -Tests wird in der Krankengeschichte oder im elektronischen Dokumentationsprogramm vom transfundierenden Arzt mit Namen und Paraphe dokumentiert.

- Eine nicht dokumentierte ärztliche Handlung gilt im Streitfall als unterlassen!

Entspricht das Ergebnis des Bedside Tests nicht der Kompatibilität zwischen Spender und Empfänger darf die Transfusion nicht verabreicht werden und eine Kontaktaufnahme mit dem ärztlichen Hauptdienst der Transfusionsmedizin muss erfolgen! (Tel: 5302)

6.5.1 IDENTIFIKATION DES PATIENTEN / DER PATIENTIN

Identifikation des ansprechbaren Patienten/der ansprechbaren Patientin (zusätzlich zum Identifikationsarmband):

Die Identifikation erfolgt **immer** an Hand folgender Fragen:

- „Wie ist Ihr Name?“
- „Wann sind Sie geboren?“

Identifikationsarmband ist nicht an der Patientin/am Patienten befestigt und/oder Patientin/Patient ist nicht befragbar:

Die Transfusion hat unter **besonderer Vorsicht** zu erfolgen und nach Möglichkeit muss die Identifikation durch eine Person, die die Patientin/den Patienten kennt und die Identität zweifelsfrei bestätigen kann, erfolgen.

6.6 VERABREICHUNG DES BLUTPRODUKTS

- Die Durchführung und Überwachung einer Transfusion fallen in den Verantwortungsbereich des transfundierenden Arztes und sind nicht delegierbar.
- Anwesenheit des Arztes an der Station nach Beginn der Transfusion jedes einzelnen Blutproduktes > 10 min

Vor Beginn der Transfusion ist vom Arzt folgendes zu prüfen:

- Feststellung der Identität des Patienten
- Venöser Zugang (keine anderen Medikamente zeitgleich über diesen Zugang)
- Befund Kreuzprobe
- Prüfung der Blutprodukte (Unversehrtheit des Beutels, Hämolysezeichen)
- Kontrolle des Etiketts (Blutgruppe, Ablaufdatum)
- Transfusionsbesteck (170µ bis 240µ Filter)

6.6.1 VORGANGSWEISE BEI TRANSFUSIONSZWISCHENFÄLLEN

Grundlage für die Meldung von Transfusionszwischenfällen ist die Hämovigilanz Verordnung 2007, i.d.g.F.

Meldeablauf im AKH: Transfundierender Arzt/in → UBT, Transfusionsmedizin

Vom Leiter des Blutdepots UBT, Transfusionsmedizin erfolgt die Weitermeldung an:

- Ärztliche Leitung
- Blutspendeeinrichtung/Herstellungsbetrieb
- BASG, (Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen, AGES Medizinmarktaufsicht)

☞ Bei Auftreten eines lebensbedrohlichen oder letalen Zwischenfalls muss durch den transfundierenden Arzt nach der Versorgung des Patienten eine Kontaktaufnahme mit dem ärztlichen Hauptdienst der Transfusionsmedizin erfolgen! Tel: 5302

Vom transfundierenden Arzt sind beide Hämovigilanzformulare (F_I 187 und F_I 171) auszufüllen und der UBT/TFM per Fax (Kl. 4040) zu übermitteln, um eine Weiterleitung an das BASG zu ermöglichen.

Allgemeiner Link zu Formularen des BASG: <http://www.basg.at/arsneimittel/blut/formulare/>

- **F_I 187 Meldung einer Transfusionsreaktion an das Blutdepot**
http://www.basg.gv.at/uploads/media/F_I187_Meldung_einer_Transfusionsreaktion_an_das_Blutdepot.docx
- **F_I 171 Hämovigilanz Meldeformular A**
http://www.basg.gv.at/uploads/media/F_I171_Meldung_Vermuteter_Reaktion_Transfusion_A.docx

Für Beinahefehler / Near Miss Events:

- F_I 179 Meldung Beinahefehler N
http://www.basg.gv.at/uploads/media/F_I179_Meldung_Beinahefehler_N.docx

6.7 DOKUMENTATION DER TRANSFUSION

Folgende Punkte sind durch den Arzt in der KG zu dokumentieren und abzuzeichnen (Paraphe):

- Art des Produktes
- Konserven-/Chargennummer des Blutprodukts
- Datum und Transfusionsbeginn
- Durchführung des Bedside-Tests
- Reaktionen, Therapie

Die vollständig ausgefüllte Begleitkarte des Blutprodukts wird nach der Transfusion umgehend an die UBT retourniert (Gewährleistung der Hämovigilanz!)

Obligat auszufüllen sind Datum, transfundiert ja / nein, sowie ev. Unverträglichkeiten.

Zur Bestätigung der Angaben auf der Begleitkarte gilt:

- entw. die Unterschrift des transfundierenden Arztes
- oder der Stempel der transfundierenden Abteilung
- oder die Unterschrift der Person, die die Begleitkarte retourniert.

Bei nicht auffindbaren Blutproduktbegleitkarten, wird von der Universitätsklinik für Blutgruppenserologie und Transfusionsmedizin als Ersatz das FM Blutprodukte Begleitkartei, Ersatzformular akzeptiert.

6.8 ENTSORGUNG VON ABFÄLLEN

BLUTPRODUKTEBEUTEL

Nicht angestochene Originalbeutel von Blutprodukten müssen mit den ausgefüllten Blutprodukte Begleitkarteien an die Universitätsklinik für Blutgruppenserologie und Transfusionsmedizin zurückgeschickt werden (Hauspost, Rohrpostanlage, KB-Anlage - KB 192 oder per Träger) und werden an der Transfusionsmedizin im schwarzen Einmalgebinde für gefährlichen Spitalsabfall entsorgt.

Angestochene, nicht vollständig verbrauchte Erythrozytenkonzentratbeutel, sind an den Stationen im schwarzen Einmalgebinde für gefährlichen Spitalsabfall zu entsorgen.

Angestochene, vollständig verbrauchte Erythrozytenkonzentratbeutel, sind an den Stationen im grauen oder blauen Restmüllsack zu entsorgen.

Aufgetaute, nicht transfundierte Plasmaprodukte, sowie nicht vollständig transfundierte Thrombozytenkonzentrate sind unter Einhaltung der hygienischen Rahmenbedingungen über das Abwassersystem in der Spüle zu entleeren.

ANDERE KONTAMINIERTE, BLUTIGE ABFÄLLE

Andere kontaminierte, blutige Abfälle, die nicht mit gefährlichen Erregern gemäß ÖNORM S2104 bzw. Auszug im Entsorgungsplan AKH kontaminiert sind, sind im grauen oder blauen Restmüllsack zu entsorgen.

Dazu gehören unter anderem Transfusionsbestecke ohne Dorn, Handschuhe, Schlauchsysteme, Tupfer, Schürzen, leere Beutel etc., auch wenn diese blutig sind.

VERLETZUNGSGEFÄHRLICHE GEGENSTÄNDE

Verletzungsgefährliche Gegenstände, wie z.B. Nadeln, Skalpelle, Klingen, Dorne vom Infusionsbesteck, etc. sind im gelben durchstichfesten Gebinde (gelber Sharp) zu entsorgen.

6.9 LEISTUNGSDOKUMENTATION

Um eine ordnungsgemäße Leistungsdokumentation zu gewährleisten ist sicherzustellen, dass von stationären Patienten auch die **medizinischen Einzelleistungen** bei der Verabreichung auf der Station dokumentiert werden.

Dies erfolgt auf einem MEL-Beleg und wird an das Patientenservice weitergeleitet.

Im ambulanten Bereich ist der entsprechende ASK-Leistungscode zu dokumentieren.

6.10 SCHULUNG BLUTPRODUKTE

An der Universitätsklinik für Blutgruppenserologie und Transfusionsmedizin werden regelmäßig hausweite Schulungen für neue ärztliche Mitarbeiter abgehalten. Die Teilnahme ist für jeden neuen Mitarbeiter verpflichtend. Anmeldung zu der Schulung im Sekretariat der Transfusionsmedizin, Kl. 5308.

6.11 PRÄOPERATIVE EIGENBLUTSPENDE

Die präoperative Eigenblutvorsorge ist Teil der Operationsvorbereitung bei elektiven Eingriffen und muss in Übereinkunft zwischen dem Patienten, dem verantwortlichen Chirurgen und der entsprechenden transfusionsmedizinischen Einrichtung erfolgen (FM Eigenblut Infoblatt allgemein).

Die Zuweisung zur Eigenblutvorsorge muss schriftlich und in ausreichend zeitlichem Abstand zur geplanten Operation erfolgen (6 Wochen), wobei die Zahl der benötigten Eigenblutkonserven sowie die Art und der Zeitpunkt des geplanten Eingriffs angegeben werden müssen (FM Ärztliche Zuweisung zur Eigenblutspende).

6.11.1 FESTSTELLEN DER SPENDETAUGLICHKEIT

Bei einer Voruntersuchung an der Universitätsklinik für Blutgruppenserologie und Transfusionsmedizin wird die Spendetauglichkeit überprüft. Liegen eine oder mehrere Kontraindikationen zur EB Spende (UBT TFM CL Kontraindikationen zur EB Spende) vor, muss die Operation mit Fremdblut geplant werden.

6.11.2 VERSCHIEBUNG DES OP TERMINS

Eine Verschiebung des OP Termins über das Verfallsdatum der EB Konserven hinaus ist der UBT rechtzeitig bekanntzugeben, da durch entsprechende Planung die abgelaufene EB Konserve rechtzeitig ersetzt werden kann.

6.11.3 AUSGABE DES EIGENBLUTES

Die Indikationsstellung zur Transfusion von Eigenblut unterliegt den gleichen Transfusionskriterien wie bei homologen Blutprodukten.

Die Anforderung der Eigenblutkonserven erfolgt wie bei Fremdblut mit dem FM Rezept für Blutprodukte.

Obligat ist die Durchführung und Dokumentation des Bedside Tests. Eine Kreuzprobe im Rhesuslabor ist nicht erforderlich.

Bei Nichtverbrauch der EB Konserve wird sie am Verfallsdatum durch die UBT entsorgt.

7 PROZESSEVALUIERUNG

	Messgröße	Zielwert	Messmethode	Messfrequenz	Verantwortung
1	Transfusionszwischenfälle mit tödlichem Ausgang	0	Zählung	1 x /Jahr	Verantwortliche/r der Ausgabe TFM
2	Entsorgte EKs	weniger als 5 % der ausgegebenen EKs	Zählung	1 x /Jahr	Verantwortliche/r der Ausgabe TFM

8 ÄNDERUNGSHISTORIE

Version	Ersteller	Freigabe Datum	Änderung/ Ergänzung	durch:
01	Transf-komitee	11.03.2009	Erstversion, Erstellung durch Transfusionskomitee	
02	TFM	16.11.2010	<p>Pkt.2 gelöscht, da gesetzlich erfasst durch Blutsicherheitsgesetz / Blutspenderverordnung: <u>1.Richtlinien in der Blutgruppenserologie und Transfusionsmedizin BMfGK , 2.Blutgruppenserologie und Transfusionsmedizin BMfGK Teil 4;</u></p> <p>Aktualisierung der links zu KAV Leitlinien</p> <p>Pkt 6, Allgemein b) Eingefügt: <u>Das Blut für BG Bestimmung ist unbedingt VOR Transfusion abzunehmen, da durch das entstandene Mischfeld eine eindeutige Blutgruppenbestimmung nicht mehr möglich ist.</u></p> <p>Pkt: 6.3 FM Rezept für Blutprodukte nur mehr im <u>intranet, QM Channel,</u></p> <p>Pkt: 6.5 Identifikation zusätzlich mit <u>Identifikationsband</u></p> <p>Pkt 6.6.: Transfusionsbesteck (Filter 170-240µ)</p> <p>Neuer Pkt 6.6.1:eingefügt: <u>Vorgehen bei Transfusionszwischenfällen</u></p> <p>Pkt 6.7: gestrichen: Doku Transfusionsbeginn <u>jeder Konserven</u> eingefügt: Unterschrift des Arztes auf Begleitkartei nicht mehr zwingend notwendig</p> <p>Pkt 6.8: Präzisierung der Angaben: Entsorgung Original EK an TFM, angestochene EK an Station, aufgetaute Plasmen und angestochene TK über Abwassersystem</p> <p>Pkt 6.10: Schulungen</p> <p>Pkt 7: Neue Prozesskennzahlen</p>	Hor
03	UBT	xx.04.2012	<p>Pkt 1: Präzisierung des Geltungsbereichs der PB. Ausgenommen sind Stammzell- und Gewebeprodukte, sowie Drainage- und Cellsaver-Blut.</p> <p>Pkt 2: Ergänzung: Krankenanstalten und Kuranstaltengesetz</p> <p>Pkt2: Ergänzung : FM Eigenbutspende Infoblatt allgemein, FM Ärztl. Zuweisung zur EB Spende</p> <p>Pkt: 2 und Pkt 6.6.1.: Ergänzung Hämovigilanz VO 2007, Meldeweg im AKH und neue Hämovigilanzformulare</p> <p>Pkt 5.2 Einarbeiten eines Flussdiagramms für Eigenblutablauf</p> <p>Pkt 6.2 Ergänzung des Inhalts des hausweiten Rundschreiben Prof. Mayr vom 04.04.2011 bezügl. Kreuzprobe und Bedsidetest</p> <p>Pkt 6.3 Ergänzung: NAME und Unterschrift auf Rezept für Blutprodukte, detailliertere Beschreibung der verschiedenen Anforderungsmodi</p> <p>Pkt 6.5 Einführung „Transfusionswagen“</p> <p>Pkt 6.7 Ergänzung: 3 Möglichkeiten der Bestätigung auf der Begleitkartei</p> <p>Pkt.6.8: Präzisierung der Entsorgung: Angestochene, verbrauchte Erythrozytenkonzentrate, sind an den Stationen im grauen oder blauen Restmüllsack zu entsorgen</p> <p>Pkt 6.11 ff: Ergänzungen zur Eigenblutspende</p>	Hor

ENDE DES DOKUMENTES