

Internes Audit

Dokumentation Blutkomponententransfusion

Blutkomponente	Pharmazeut. Unternehmer	Chargen-Nummer	Lieferdatum
Therapeutisches Frischplasma			

	ja	nein	Bemerkung:
<u>Blutdepot:</u>			
• Lieferdatum feststellbar			
• Lagerungskontrolle über Temperaturschreiber bei EK/Plasma nachvollziehbar			
• Datum, Uhrzeit der Abgabe zur Anwendung			
• Kontrolle Haltbarkeitsdatum			
• Kopie Transfusionsprotokoll vorhanden			
<u>Blutgruppenserologische Untersuchungen:</u>			
• AB0-Rh ggf. weitere Merkmale, Antikörpersuchtest gemäss SOP bestimmt/dokumentiert			
• Plasma blutgruppengleich/kompatibel			
<u>Verordnung:</u>			
Schriftliche ärztliche Verordnung mit:			
• Name, Vorname, Geburtsdatum des Patienten			
• Diagnose			
• Indikation			
• Gepl. Transfusionstermin			
• Art und Menge der Blutkomponente			
• Datum der Verordnung			
• Name des Arztes			

Internes Audit

Dokumentation Blutkomponententransfusion

Blutkomponente	Pharmazeut. Unternehmer	Chargen-Nummer	Lieferdatum
Therapeutisches Frischplasma			

ja nein Bemerkung:

<p><u>Aufklärung:</u></p> <p>Dokumentation der Aufklärung mit schriftlicher Einwilligung des Patienten</p>			
<p><u>Anwendung:</u></p> <p>Transfusionsprotokoll mit:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pharmazeut. Unternehmer 			
<ul style="list-style-type: none"> • Konservennummer(n) 			
<ul style="list-style-type: none"> • Blutgruppe der Komponente(n) 			
<ul style="list-style-type: none"> • Visuelle Kontrolle der Komponente(n) 			
<ul style="list-style-type: none"> • Kontrolle Haltbarkeitsdatum 			
<ul style="list-style-type: none"> • Datum, Uhrzeit der Transfusion mit Beginn und Ende 			
<ul style="list-style-type: none"> • Verträglichkeit 			
<ul style="list-style-type: none"> • Name des transfundierenden Arztes 			
<ul style="list-style-type: none"> • Dokumentation der Wirksamkeit 			

Datum: _____

Unterschrift: _____

Name in Druckschrift: _____