

Stand 08/2008	<b>Internes Audit Klinische Hämotherapie</b>	Seite 1 von 3
	<b>Bereich: Vorbereitung und Durchführung von Transfusionen</b>	

Auditdatum:	
Abteilung / Klinik / Station:	
Transfusionsbeauftragter:	
Auditteilnehmer:	

				<b>Bemerkungen</b>
	Ist sichergestellt, dass der transfundierende Arzt sich vor der Einleitung der Transfusion davon überzeugt hat, dass der Patient gemäß den gültigen Vorgaben aufgeklärt wurde und eingewilligt hat?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
	Ist sichergestellt, dass aus der Diagnose, den Laborwerten und den klinischen Angaben zum Patienten die Indikation zur Transfusion nachvollziehbar hervorgeht?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
	Werden die Blutröhrchen zur Anforderung von blutgruppenserologischen Untersuchungen vor Entnahme des Patientenblutes eindeutig beschriftet mit Name, Vorname, Geburtsdatum, Einsender, Datum/ Uhrzeit der Abnahme? Oder beklebt mit Patientenetikett?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
	Wird die Identität des Patienten durch Frage nach Name oder Geburtsdatum überprüft?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
	Ist sichergestellt, dass bei Anforderungen von Blutprodukten /Plasmaderivaten der Untersuchungsauftrag/-anforderungsschein vom anfordernden Arzt vollständig nach QM-Handbuch/Dienstanweisung ausgefüllt wird?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
	Werden die Angaben auf Blutröhrchen und Anforderungsschein verglichen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	

Stand 08/2008	<b>Internes Audit Klinische Hämotherapie</b>	Seite 2 von 3
	<b>Bereich: Vorbereitung und Durchführung von Transfusionen</b>	

				<b>Bemerkungen</b>
	Ist sichergestellt, dass vom transfundierenden Arzt persönlich die Identitätsüberprüfung / Patient / Blutprodukt durchgeführt wird?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
	Ist sichergestellt, dass der AB0-Bedside-Test vom transfundierenden Arzt oder unter seiner direkten Aufsicht bei der Verabreichung von Erythrozytenkonzentrat am Empfänger durchgeführt und dokumentiert wird?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
	Ist sichergestellt, dass die Vorbereitung, Durchführung und Überwachung und Nachsorge der Transfusion nach Maßgabe der Hämotherapie-Richtlinien erfolgt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
	Wird nach Beendigung der Transfusion der Konservenbeutel inkl. Transfusionsbesteck keimdicht verschlossen für 24 Stunden in einem separaten Kühlschrank aufbewahrt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	

Stand 08/2008	Internes Audit Klinische Hämotherapie	Seite 3 von 3
	Bereich: Vorbereitung und Durchführung von Transfusionen	

**Auditergebnis:**

Keine Mängel festgestellt

Folgende Mängel festgestellt:	Zu beseitigen bis (Datum)
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	

**Die mit den Aufgaben betrauten ärztlichen und nicht-ärztlichen Mitarbeiter wurden über das Auditergebnis informiert**

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift Transfusionsbeauftragter

*Kopie: Transfusionsverantwortlicher*