

SPITEX BERN	Transfusionen von Blutprodukten
Formular	Verordnung

Name und Adresse KlientIn: _____ Geb.: _____

Name und Adresse Arzt/Ärztin: _____

Erreichbarkeit Arzt/Ärztin während der Zeit der Bluttransfusion¹:

- Verordnender Arzt/Ärztin, Tel/ Natel: _____
- Name Stellvertreter : _____ Tel/Natel: _____

Verordnungen

- EK Anzahl: _____ Datum: _____
- TK Anzahl: _____ Datum: _____
- HB Kontrolle vor Bluttransfusion am: _____ durch: Arzt/Ärztin SEOP
- Bei HB unter _____ Beutel geben
- Bei HB über _____ Beutel geben
- Bei HB _____ kein Blut geben
- HB Kontrolle nach Bluttransfusion am: _____ durch: Arzt/Ärztin SEOP

Angaben zum Klienten

- Klient hatte bereits Bluttransfusionen ohne Nebenwirkungen
- Klient hatte Bluttransfusionen mit folgenden Nebenwirkungen: _____
- Der Patient ist im folgenden Spital bekannt: _____

Interventionen bei unerwünschten Reaktionen

- Bluttransfusion wird gestoppt bei: ⇒ Temperatur über 37.5, Blutdruckabfall, Atemnot, Hautexanthem oder weiteren Symptomen
- Temperaturanstieg/Schüttelfrost: _____
- Hautexanthem: _____
- Anaphylaxie (Blutdruckabfall, Tachykardie, Atemnot): _____
- Blutdruckanstieg: _____
- Andere: _____

- Medikamentenabgabe ohne vorherige Kontaktaufnahme mit Arzt/Ärztin
- Keine Medikamentenabgabe ohne vorherige Kontaktaufnahme mit Arzt/Ärztin
- Rezept von Notfallmedikamenten wird an SEOP zugestellt

Das Notfallset von SEOP enthält: Solu Medrol Amp. 125 mg, Tavegyl Amp. 2 mg, Zantic Amp. 50 mg, Lasix Amp. 20 mg, Perfalgan 500 mg KJ, NaCl 0.9% 500ml.

Bemerkungen/ Informationen:

Mit der Unterschrift wird bestätigt, dass der Klient über die Risiken einer Bluttransfusion informiert wurde.

Datum:

Unterschrift:

Formularempfänger: SPITEX BERN SEOP Könizstr. 60 Postfach 450,
3000 Bern 5, **Fax: 031 388 50 40**

Erreichbarkeit SEOP: Telefonzentrale SPITEX BERN Tel. 031 388 50 50 oder Medphone
Notfallarzt Bern Tel. 0900 57 67 47 ⇒ SEOP verlangen

¹ **SEOP MA** informiert Arzt/Ärztin über die Zeit der Transfusion. **Datum/Zeit/Visum:**