

Selbstinspektion durch den/die Transfusionsbeauftragte(n) der Abteilung

Abteilung/Station: _____

Datum der Überprüfung: _____

		Bemerkungen
Schulung	- Richtlinien/Leitlinien/Arbeitsanleitungen Transfusion zugänglich? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	- Schulung Pflegepersonal durchgeführt? - Wie? - Wann zuletzt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	- Schulung Ärzte durchgeführt? - Wie? - Wann zuletzt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Transport & Lagerung	- Wer holt Blutkonserven ab?	
	- Werden Blutkonserven auf Station gelagert? - Wenn ja - wo? - wie lange?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	- Werden leere Blutbeutel 24 h aufgehoben? - Wo?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Vorbereitung/Durchführung & Dokumentation der Transfusion	Die nachfolgende Kontrolle wurde anhand einer Stichprobe durchgeführt.	
	Konserven-Nr.: _____	
	(Konserve von Labor an Station ausgegeben am _____ um _____ Uhr.)	
	Transfundierende(r) Arzt/Ärztin: _____	
	Bemerkungen	
	Aufklärung durchgeführt und dokumentiert	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Indikation geprüft und dokumentiert	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Bedside Test erfolgt und dokumentiert	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Transfusionsprotokoll komplett ausgefüllt und in der Patientenakte abgeheftet	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Blutgruppenbefund in der Patientenakte abgeheftet	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Konservenbegleitschein in der Patientenakte abgeheftet	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Erfolgskontrolle (klinisch/Labor) durchgeführt und dokumentiert	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Ergebnis/Beurteilung/ggf. erforderliche Maßnahmen

Name Transfusionsbeauftragter

Unterschrift