

Aufklärungs- und Einverständniserklärungsbogen für Eigenblutspende

Name: _____

Bitte in Druckschrift

Vorname: _____

Geb. Datum: _____

Liebe Patientin, lieber Patient,

Ihr „**behandelnder Arzt**“ (Ihr Operateur) hat bei Ihnen die Indikation zur Eigenblutspende gestellt, um das mit einer Fremdblutgabe verbundene Risiko immunologischer Reaktionen sowie des Restrisikos einer Übertragung von Infektionskrankheiten wie z.B. Hepatitis oder HIV zu mindern. Das Risiko der Übertragung einer HIV- oder Hepatitis C Infektion ist bei der Gabe von Fremdbluttransfusionen heutzutage äußerst gering. Die Indikation zur Eigenblutspende ist deshalb kritisch zu hinterfragen und die mit einer Spende verbundenen Risiken sollten unter dem Risiko einer Infektionsübertragung liegen. Wir raten Ihnen deshalb nur zur Eigenblutspende, wenn Sie folgende Bedingungen erfüllen können:

Folgende Bedingungen zur Vermeidung von Komplikationen sind einzuhalten

- Blutspende nur bei **körperlichem Wohlbefinden**. Akute Erkrankungen und Infekte müssen mindestens eine Woche abgeklungen sein.
- Bitte nehmen Sie Ihre **Medikamente** wie gewohnt ein.
- Bitte vor der Blutspende ausreichend **essen**, nicht nüchtern spenden.
- Vor und nach der Blutspende reichlich **trinken**.
- Nach der Spende für **30 Minuten** nicht am Straßenverkehr teilnehmen, sondern im Blutspendezentrum bleiben (hier sind Sie unter fachlicher Überwachung), nach der Spende **kein Fahrzeug führen**.
- Am Spendetag nicht länger alleine bleiben, größere körperliche Aktivität - insbesondere alleine – meiden (Sport, Sauna usw.).
- Zu Hause sollte eine **Hilfsperson** unmittelbar für Sie **erreichbar** sein.
- Bei weiten Anfahrtswegen oder langen Transportwegen der Blutprodukte ins auswärtige Krankenhaus ist die Indikation zur Eigenblutspende besonders kritisch zu hinterfragen.

Folgende Nebenwirkungen der Blutspende sind bekannt

- Der Blutverlust kann zu Schwindel und **Kreislaufstörungen** bis hin zur Bewusstlosigkeit (Kreislaufkollaps) führen. Diese Komplikationen können auch mehrere Stunden, in seltenen Fällen sogar noch mehrere Tage nach der Blutspende auftreten. Die körperliche Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit sind nach der Spende eingeschränkt. Anzeichen von **Kreislaufregulationsstörungen** können zum Beispiel sein: Schweißausbruch, Schwächegefühl, Schwindel oder „Schwarzwerden vor den Augen“. Diese Zeichen sollten ernst genommen werden. Bei anhaltenden Beschwerden, die sich zum Beispiel durch **Hinlegen und Beine-Hochlegen** nicht rasch bessern, ist zur Vermeidung ernsthafter Komplikationen unverzüglich ein **Arzt zu rufen**. Bei plötzlichem Bewusstseinsverlust kann es zu Stürzen mit Verletzungsfolge kommen.
- **Schmerzen, Gefühlsstörungen oder andere neurologische Ausfallerscheinungen** infolge punktionsbedingter Gefäß- oder Nervenverletzungen sind äußerst selten, aber nicht vollkommen auszuschließen. Die Schädigungen können irreversibel (bleibend) sein und unter Umständen chronische Schmerzen und anhaltende Beeinträchtigungen der jeweils betroffenen Körperpartien zur Folge haben.
- An der Abnahmestelle kann es gelegentlich zum „**Punktionshämatom**“ kommen. Ein solcher Bluterguss ist als „normale“ Begleitreaktion zu bewerten. Weitere Maßnahmen sind nicht erforderlich. Von der Punktionsstelle ausgehende Infektionen sind extrem selten.
- Sofern Sie anhaltende Beschwerden bei sich feststellen, melden Sie sich bitte unverzüglich beim Blutspendedienst des Universitätsklinikums. Wie werden Sie dann sofort der fachärztlichen Weiterbehandlung zuführen.

Titel: Aufklärungs- und Einverständniserklärungsbogen für Eigenblutspender				
Geltungsbereich: BSZ BSZ-202-FB03-A Transfusionsmedizin UKL Freiburg	Hinweise: gültig ab: 18.04.2005 ersetzt: Anl 15 SOP II.2.1.1 vom: 20.11.20004	Verfasser: Dr. M. Umhau BL BSZ LSA	Geprüft und freigegeben am: Name: PD Dr. Zilow Funktion: ÄL TFM Unterschrift:	Seite 1/2
Ein Ausdruck dieses elektronischen Dokuments ist eine unkontrollierte Kopie. Jeder Mitarbeiter ist selbst dafür verantwortlich, dass seine Kopie mit der aktuellen Version übereinstimmt				

Zulassung zur Eigenblutspende

Der untersuchende Arzt der Transfusionsmedizin (Spendearzt) entscheidet, ob für Sie eine Eigenblutspende überhaupt geeignet ist, und wenn ja, in welcher Form (Anzahl der Spenden, Überwachung, Zeitplan) die Eigenblutspenden durchgeführt werden können.

Durchführung der Eigenblutspenden

Entnahme von 500 ml Blut. Danach Auftrennung in Erythrozyten (rote Blutzellen) und Plasma. Die Haltbarkeit des Erythrozytenkonzentrats beträgt sieben Wochen. Das Plasma wird tiefgefroren maximal drei Monate gelagert.

Transport der Blutprodukte ins externe Krankenhaus

Falls Ihre Operation in einem anderen Krankenhaus als dem Universitätsklinikum Freiburg erfolgt, müssen Sie sich selbst um den Transport Ihrer Eigenblutprodukte dorthin kümmern, sofern dies nicht von dem externen Krankenhaus organisiert wird. Bitte besprechen Sie die Einzelheiten mit Ihrem behandelnden Arzt und dem Spendearzt. Bitte rufen Sie einen Werktag vor der Abholung Ihrer Blutprodukte bei der Blutausgabe im immunhämatologischen Labor (Tel.: 0761/270-3777) der Transfusionsmedizin an, damit die notwendigen Transportvorbereitungen getroffen werden können. Für Patienten des Universitätsklinikums Freiburg entfällt dieser Anruf.

Der Eigenblutspende-Belegschein

Als Nachweis für die geleisteten Eigenblutspenden erhalten Sie den Eigenblutspende-Belegschein. Zur Abholung Ihrer Blutspenden legen Sie diesen Schein bitte vor. Bitte händigen Sie ihn dann Ihrem behandelnden Arzt aus.

Einverständniserklärung zur Eigenblutspende:

Die o.g. Risiken und möglichen Nebenwirkungen habe ich zur Kenntnis genommen und verstanden. Ich hatte Gelegenheit, meine Fragen bzgl. der Eigenblutspende mit der Ärztin / dem Arzt der Transfusionsmedizin, Frau / Herrn zu besprechen.

Von ihr/ihm wurde ich insbesondere darüber aufgeklärt, dass wegen meiner Vorerkrankungen das mit der Eigenblutentnahme verbundene Risiko im Vergleich zum „normalen“ Blutspender für mich erhöht ist, bzw. dass folgende speziellen Risiken hinzukommen:

.....

Die notwendigen Vorsichtsmaßnahmen vor, während und nach der Spende und die notwendigen Maßnahmen bei eventuellen Komplikationen sind mir bekannt. Mir ist bekannt, und ich bin damit einverstanden, dass mein Blut auf Hepatitis B und C (Erreger von Leberentzündung) und HIV 1 und 2 (AIDS-Erreger) untersucht wird. Falls einer oder mehrere dieser Tests Anhalt für eine Infektion geben, darf mein Blut nicht zur Rücktransfusion verwendet werden und wird verworfen. Auch bei unauffälliger Infektionsserologie wird mein Blut nur bei klinischer Indikation transfundiert. Eigenblutspenden, welche nicht abgerufen wurden, werden nach Ablauf der Haltbarkeit verworfen.

Mir ist bekannt, dass für beschädigte Blutprodukte von der Transfusionsmedizin keine Haftung übernommen wird.

Ein Eisenpräparat und Empfehlungen zur Einnahme habe ich erhalten und wurde auf die damit in Zusammenhang stehenden Nebenwirkungen hingewiesen.

Mit der Eigenblutentnahme bin ich einverstanden. Ich habe keine weiteren Fragen.

Datum

Unterschrift Patientin / Patient

Unterschrift Ärztin / Arzt

Titel: Aufklärungs- und Einverständniserklärungsbogen für Eigenblutspender				
Geltungsbereich: BSZ BSZ-202-FB03-A Transfusionsmedizin UKL Freiburg	Hinweise: gültig ab: 18.04.2005 ersetzt: Anl 15 SOP II.2.1.1 vom: 20.11.20004	Verfasser: Dr. M. Umhau BL BSZ LSA	Geprüft und freigegeben am: Name: PD Dr. Zilow Funktion: ÄL TFM Unterschrift:	Seite 1/2
Ein Ausdruck dieses elektronischen Dokuments ist eine unkontrollierte Kopie. Jeder Mitarbeiter ist selbst dafür verantwortlich, dass seine Kopie mit der aktuellen Version übereinstimmt				