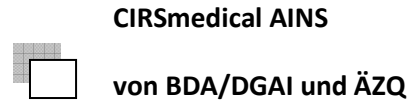


Meldeauswertung des IAKH-Fehlerregisters

in Zusammenarbeit mit der DIVI und dem CIRSmEdical Anästhesiologie von BDA/DGAI und ÄZQ

Meldung über



Thema/Titel	Verwechslung bei Gelkartenbasierter Blutgruppenbestimmung
Fall-ID	29-2011-n7e6
Fallbeschreibung (wie sinngemäß gemeldet)	Wurde zur Kreuzprobenkontrolle gerufen. Dabei stellte sich beim Gegenlesen der Gelkarten heraus, daß Blutgruppe und Konserven nicht identisch waren. Offensichtlich lag eine Verwechslung der Aufkleber vor. Die Kreuzprobe wurde komplett wiederholt.
Problem	<ul style="list-style-type: none"> Für die Blutgruppenbestimmung des Patienten wird entweder ein Automat (im großen Haus) oder das Gelkartensystem (Biorad, Ortho, Immucor, Griffold, etc.) verwendet. Die dabei festgestellte Blutgruppe entsprach hier nicht der Blutgruppe der zugeordneten Konserve. Die Zuordnung zur Konserve kann rein räumlich (bei nur einer Konserve steht die Konserve neben den Probenröhrchen des Patienten) oder durch Aufkleben von Segmentabschnitten der zugeordneten Konserve, durch manuelle Beschriftung der Gelkarten oder durch Aufkleben von Patientenetiketten erfolgen. Hier hat das 4 Augenprinzip diesen Zuordnungsfehler frühzeitig aufgedeckt.
Prozesseilschritt**	3-Labor
Wesentliche Begleitumstände	Bereitschaftsdienst
Was war besonders gut (wie gemeldet in „“, zusätzlich der <u>Kommissionskommentar</u>	<u>Das Vier Augenprinzip wurde beachtet</u>
*Risiko der Wiederholung/Wahrscheinlichkeit	3/5
*Potentielle Gefährdung/Schweregrad	5/5
Empfehlung zur Vermeidung (hilfreich könnten sein: Veränderung der Prozess- und Strukturqualität mittels Einführung /Erstellung /Beachtung der vorgeschlagenen Maßnahmen)	<p>Prozessqualität:</p> <ul style="list-style-type: none"> SOP-Vieraugenprinzip wurde hier gut eingehalten- Prozessqualität ist gut <p>Strukturqualität:</p> <ul style="list-style-type: none"> Elektronische Auswertung der Gelkarten nach einer elektronische scannerbasierten Zuordnung

	vor Beginn der Laboruntersuchung von Patientennummer/ID und Präparatenummer bieten eine Vermeidungsmöglichkeit dieser Fehlerquelle
--	--

***Risikoskala:**

Wiederholungsrisiko		Schweregrad/Gefährdung	
1/5	sehr gering/sehr selten max. 1/100 000	1/5	sehr geringe akute Schädigung/ohne bleibende Beeinträchtigung
2/5	gering/selten max. 1/10 000	2/5	geringe Schädigung/wenig vorübergehende Beeinträchtigung
3/5	mittel häufig max. 1/1000	3/5	mäßige bis mittlere akute gesundheitliche Beeinträchtigung/leichte bleibende Schäden
4/5	häufig, min. 1/100	4/5	starke akute Schädigung/beträchtliche bleibende Schäden
5/5	sehr häufig, min. 1/10	5/5	Tod/schwere bleibende Schäden

****Prozessschritte für die Verabreichung von Blutprodukten**

1. -Fehler bei der Probenabnahme,
2. -Fehler bei der Anforderung des Blutproduktes,
3. -Fehler im Labor,
4. -Fehler im Bereich der Handhabung oder Lagerung,
5. -Fehler im Bereich von Produktausgabe, Transport, oder Verabreichung
15. -Fehler bei der Patientenidentifikation