



Meldeauswertung des IAKH-Fehlerregisters

in Zusammenarbeit mit der DIVI und dem CIRS Medical-Register von DGAI/BDA

Meldung über



IAKH Fehlerregister



CIRS-Medical von DGAI/BDA

| | |
|---|--|
| Thema/Titel | Blutgruppengleiche Fehltransfusion nach Verwechslung eines Erythrozytenkonzentrats |
| Fall-ID | CM4789/2010 |
| Fallbeschreibung (wie sinngemäß gemeldet) | Transfusionszwischenfall: Massivtransfusion unter hoher Katecholaminpflicht, hoher Blutverlust über die Drainagen innerhalb weniger Stunden auf ITS/IMC bei postoperativer Nachblutung. Versand mehrerer Erythrozytenkonzentrate von verschiedenen Patienten in einem Transportbehälter. Durch betreuendes Personal wurde die Transfusion eines falschen Erythrozytenkonzentrates für den Patienten festgestellt. Die Transfusion wurde daraufhin sofort gestoppt und das EK steril verschlossen. Etwa die halbe Konserve ist dem Patienten zu diesem Zeitpunkt bereits transfundiert worden. Eine Meldung über den Transfusionszwischenfall ist umgehend an die Blutbank erfolgt, die Information des diensthabenden Transfusionsmediziners erfolgte von dort aus. Die betroffene Konserve ist zusammen mit 10 ml EDTA- und 20 ml Nativblut des Patienten an die Blutbank zurückgeschickt worden. |
| Problem | <ul style="list-style-type: none"> • Unübersichtliche Massivtransfusion beim einen Patienten mit mangelhaftem Abgleich Konservenverträglichkeitsprobe mit der Patientenidentität /Bed Side • Versand von Blutprodukten von mehreren Patienten in einem Transportbehältnis • Vermutlich blutgruppengleiche Fehltransfusion |
| Prozesseilschritt** | Patientenidentifikation, Verabreichung, Transport |
| Wesentliche Begleitumstände | Notfall-Massivtransfusion, Routinebetrieb, Wochentag , ASA 3, erfahrener Arzt |
| *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 | <u>Prozessqualität:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Einzeltransport oder klare Trennung der Konserven für einen Patienten in einem Behältnis mit Unterteilungen • SOP: Für jedes einzelne Blutprodukt- Abgleich |

| | |
|---|--|
| /Beachtung der vorgeschlagenen Maßnahmen) | <p>BedSidetest und Konservenbegleitschein/ Konservenummer!</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trennung des transfundierenden und des dokumentierenden Personals in der Notfallsituation unter Zeitdruck • Einführung des 4-Augenprinzips bei der Verabreichung von Blutprodukten • Wiederholte Fortbildungen zur korrekten Identitätssicherung bei bewusstlosen Patienten • Notfallsimulationstraining <p>Strukturqualität:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Personalstärke ausreichend?- mehr Ressourcen für Notfälle notwendig zur Arbeitsteilung |
|---|--|

***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

