

Überwachung des Qualitätssicherungssystems der Anwendung von hämatopoetischen Stammzellzubereitungen

Vorlage für Bericht gemäß 7.3 der BÄK-Richtlinie zur Herstellung und Anwendung von hämatopoetischen Stammzellzubereitungen (Erste Fortschreibung)

Für alle medizinischen Einrichtungen, die hämatopoetische Stammzellzubereitungen (HSZZ) in Form von Zubereitungen aus peripherem Blut (PBSZZ), Zubereitungen aus Nabelschnurblut (NSBZZ) und Zubereitungen aus Knochenmark (KMSZZ) anwenden.

Hinweis: Dieser Bericht ist jährlich bis zum 1. März für das vorangegangene Berichtsjahr abzugeben.

Name der Einrichtung: _____

Berichtsjahr: _____

Erfolgt in der Einrichtung die Anwendung von HSZZ in Form von

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| ○ Zubereitungen aus peripherem Blut (PBSZZ) | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| ○ Zubereitungen aus Nabelschnurblut (NSBZZ) | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| ○ Zubereitungen aus Knochenmark (KMSZZ) | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |

Werden HSZZ-Transplantationen entsprechend Abschnitt 6.1 der RiLi HSZZ regelmäßig und kontinuierlich durchgeführt? ja nein

Falls nein, sind diese längeren zeitlichen Unterbrechungen fachlich begründet? ja nein

Entspricht die räumliche Ausstattung Abschnitt 6.2 der RiLi HSZZ? ja nein

Entsprechen die personellen Anforderungen Abschnitt 6.3 der RiLi HSZZ? ja nein

Der Leiter/Die Leiterin der Transplantationseinheit verfügt über eine mindestens zweijährige Berufserfahrung bzgl. allogener (mind. 50 Transplantationen) und autologer Stammzelltransplantationen nach Abschluss der Facharzt- bzw. Schwerpunkt-Weiterbildung? ja nein

Wurde im vorangegangenen Kalenderjahr ein Hygienemonitoring durchgeführt? ja nein

Erfolgte die Meldung aller durchgeführten Transplantationen an ein Register (z. B. an das Deutsche Register für Stammzelltransplantationen)? ja nein

Gesamtzahl aller HSZZ-Transplantationen im vorangegangenen Kalenderjahr: _____

o davon allogene Transplantationen: _____

o davon autologe Transplantationen: _____

Anmerkungen:

_____,
Ort

Datum

Unterschrift Qualitätsbeauftragte/r