

Stempel (Name/Adresse) der Einrichtung:

| |
|--|
| |
| |
| |
| |

Berichtszeitraum 2024

Qualitätssicherung der Anwendung von hämatopoetischen Stammzellzubereitungen

Vorlage für den Bericht über das Qualitätssicherungssystem gemäß 7.3. der „Richtlinie zur Herstellung und Anwendung von hämatopoetischen Stammzellzubereitungen – Erste Fortschreibung“, veröffentlicht im Deutschen Ärzteblatt vom 15. März 2019.

Falls in Ihrer Einrichtung hämatopoetische Stammzellzubereitungen angewendet werden, ist dieser Bericht zusätzlich zu den Inhalten des Abschnitts 6.4.2.2.2 der Richtlinie Hämotherapie, Fortschreibung 2021 nach §§ 12a und 18 TFG jährlich bis zum **1. März** für das Vorjahr bei der Landesärztekammer Thüringen abzugeben.

| |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Die Regelmäßigkeit und Kontinuität der durchgeführten Transplantationen wird bestätigt. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <p style="margin-left: 20px;"><i>Wenn nein:</i> Eine fachliche Begründung für längere zeitliche Unterbrechungen ist beigefügt (zwingend erforderlich).</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> • Die ausreichende räumliche und personelle Ausstattung entsprechend der „Richtlinie zur Herstellung und Anwendung von hämatopoetischen Stammzellzubereitungen – Erste Fortschreibung“ wird bestätigt. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| <ul style="list-style-type: none"> • Die 2-jährige Berufserfahrung des Leiters der Transplantationseinheit nach Abschluss der Facharzt- bzw. Schwerpunkt-Weiterbildung wird bestätigt. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| <ul style="list-style-type: none"> • Die Durchführung eines Hygienemonitorings im vorausgegangenen Kalenderjahr wird bestätigt. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| <ul style="list-style-type: none"> • Die Meldung aller durchgeführten Transplantationen an ein Register (z.B. Deutsches Register für Stammzelltransplantationen) wird bestätigt. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

Meldung der Gesamtzahl der Transplantationen des vergangenen Kalenderjahres (aufgeschlüsselt nach autologen und allogenen Transplantationen)

Autologe Transplantationen

Allogene Transplantationen

gegebenenfalls Bemerkungen/ergänzende Angaben:

| |
|--|
| |
| |

Ort, Datum

Unterschrift

Kapitel- bzw. Abschnittangaben beziehen sich auf die Richtlinie zur Herstellung und Anwendung von hämatopoetischen Stammzellzubereitungen – Erste Fortschreibung (2019) sowie die Richtlinie Hämotherapie Fortschreibung 2021:

