

Anforderung transfusionsmedizinische Diagnostik/Blutkomponenten

(ist vollständig vom Einsender auszufüllen!)

Patient

ggf. Aufkleber (oder)

Name, Vorname

Geburtsdatum

Geschlecht

Einsender

ggf. Stempel (oder)

Krankenhaus

Standort

Telefonnummer für Rückfragen

Probenidentität

Ärztliche Bestätigung
Proben-ID und Anforderung

Datum Unterschrift

Angaben zum Patienten	<input type="checkbox"/> Beta-Lactam-Antibiotika	<input type="checkbox"/> Sichelzellkrankheit	<input type="checkbox"/> Daratumumab
Diagnose:	<input type="checkbox"/> Thalassämie	<input type="checkbox"/> Stammzell-Transplt.	<input type="checkbox"/> IVIG/mAK
EK-Transfusion:	<input type="checkbox"/> In den letzten 4 Monaten	<input type="checkbox"/> Länger als 4 Monate	<input type="checkbox"/> keine
Datum:			
Blutgruppe		Bekannte Antikörper/ serologische Probleme	
ABO/RH:		Rhesusprophylaxe	am:
Schwangerschaft:	SSWoche:		

Abnahmedatum: _____

Uhrzeit: _____

Bereitstellung **Termin Transfusion** Datum: _____ Uhrzeit: _____ **Notfall, sofort**

Anforderung Immunhämatologie

10 ml EDTA – Blut bitte einsenden

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Blutgruppe komplett | <input type="checkbox"/> weitere Antigene: _____ |
| <input type="checkbox"/> Antikörpersuchtest | <input type="checkbox"/> Antikörperidentifizierung |
| <input type="checkbox"/> Direkter Anti-Humanglobulintest (DAT) | <input type="checkbox"/> DAT-Differenzierung IgG/IgM/IgA/C3d |
| <input type="checkbox"/> Abklärung AIHA | <input type="checkbox"/> Verlaufskontrolle AIHA |
| <input type="checkbox"/> serologische Verträglichkeitsprobe | <input type="checkbox"/> Thrombozyten-Crossmatch |
| <input type="checkbox"/> Unerwünschte Arzneimittelwirkung (UAW) | <input type="checkbox"/> Abklärung positiver DCT: AK-Diff. Elution |
| <input type="checkbox"/> Immunes Anti-A/B (Achtung Serum einsenden!) | <input type="checkbox"/> Sonstige: _____ |

Anforderung von Blutkomponenten

Erythrozytenkonzentrate _____ (Anzahl)	Thrombozytapheresekonzentrate _____ (Anzahl)
<input type="checkbox"/> bestrahlt <input type="checkbox"/> a-CMV neg.	<input type="checkbox"/> bestrahlt <input type="checkbox"/> a-CMV neg.
<input type="checkbox"/> gewaschen <input type="checkbox"/> portioniert	

Probeneingangskontrolle (wird vom Labor der Haema ausgefüllt)

Aufkleber

Labornummer

Patienten-Nr. _____ erstmalig

Uhrzeit Eingang _____

Probenmaterial o.k. nicht o.k.: _____

Sonstiges: _____

Datum, Unterschrift MTA: _____