

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

- Blutgruppe komplett
- Antikörpersuchtest
- Direkter Anti-Humanglobulintest (DAT)
- Abklärung AIHA
- serologische Verträglichkeitsprobe
- Unerwünschte Arzneimittelwirkung (UAW)
- Immunes Anti-A/B **(Achtung Serum einsenden!)**

- weitere Antigene: _____
- Antikörperidentifizierung
- DAT-Differenzierung IgG/IgM/IgA/C3d
- Verlaufskontrolle AIHA
- Thrombozyten-Crossmatch
- Abklärung positiver DCT: AK-Diff. Elution
- Sonstige: _____

Anforderung von Blutkomponenten

Erythrozytenkonzentrate _____ (Anzahl)

bestrahlt portioniert

gewaschen

Thrombozytapheresekonzentrate _____ (Anzahl)
(pathogenreduziert)

Probeneingangskontrolle (wird vom Labor der Haema ausgefüllt)

Aufkleber

Labornummer

Patienten-Nr. _____ erstmalig

Uhrzeit Eingang _____

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

Sonstiges: _____

Datum, Unterschrift MTA: _____