



**Institut für Klinische Immunologie und Transfusionsmedizin**

Leiter: Prof. Dr. med. G. Bein · Universitätsklinikum Gießen  
 Langhansstraße 7 · 35392 Gießen · ☎ (06 41) 99 - 4 15 08 · Fax 99 - 4 15 39

Falls kein Etikett vorhanden,  
 bitte folgende Patientendaten  
 eintragen:

Name \_\_\_\_\_  
 Vorname \_\_\_\_\_  
 Geb.-Datum \_\_\_\_\_  M  W  
 Kostenstelle/Station \_\_\_\_\_  
 Telefon \_\_\_\_\_

Klinische Diagnose/Fragestellung (obligat)

**Vorbefunde**

Vortransfusion       Schwangerschaften       Zustand nach Knochenmark-Transplantation  
 Transfusionsreaktionen       Anti-D Immunprophylaxe       Besonderheiten \_\_\_\_\_

AB0- und Rh-Blutgruppe des Patienten	Irreguläre Antikörper	1. Protokoll-Nr.	neue Protokoll-Nr.

**Untersuchungsanforderung Blutgruppenserologie 10 ml EDTA-Blut**

Blutgruppe (AB0, Rh, Antikörpersuchtest)  
 Antikörpersuchtest  
 Abklärung einer Transfusionsreaktion (Blutkomponenten zurücksenden, 10 ml EDTA-Blut **und** 10 ml Serum nach Transfusion)

**Anforderungsart Blutkomponenten 10 ml EDTA-Blut (Blutgruppenbest. u. Antikörpersuche erfolgen automatisch, falls notwendig)**

Notfall ungekreuzt (sofortige Ausgabe AB0-kompatibler Präparate vor Abschluß der Kreuzprobe)  
 Dringliche Kreuzung (Mindestbearbeitungsdauer 1 Stunde)  
 Transfusion heute \_\_\_\_\_  
 Transfusion am  T  T  M  M  J  J  
 Einsendung einer Blutprobe - keine Kreuzung (Kreuzung erfolgt nach telefonischer Anforderung)

**Präparateanforderung gilt als Rezept!**

	Anzahl									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/> Erythrozytenkonzentrat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Erythrozytenkonz. für Neugeborene (50 ml)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/> Thrombozytenkonz. (therapeut. Einheiten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/> Frischplasma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Spezialpräparate (bitte telefon. Rücksprache)										

leukozytenarm       reduziertes CMV-Übertragungsrisiko  
 entsprechend Indikationsliste oder ausführliche ärztliche Begründung       bestrahlt

**Auslieferungsart (Gültigkeit Verträglichkeitsprobe max. 72 Stunden)**

Auslieferung heute ohne Abruf  
 Auslieferung auf Abruf (Fax oder Telefon)

Auslieferung an Station/OP (falls verschieden von anfordernder Stelle)	Telefon

Das erhöhte Risiko für Anforderungen von ungekreuztem Blut und die Verantwortung für die Identifizierung (Bedside-Test) trägt der transfundierende Arzt. Nur vollständig ausgefüllte und unterschriebene Anforderungen werden bearbeitet.

Unterschrift des Arztes \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

IKIT 3 Klin. Art.-Nr. 51440015 · RIECO (06359) 9340-0 · 06/04

2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19