

Falls kein Etikett vorhanden, bitte folgende Patientendaten eintragen:



Institut für Klinische Immunologie und Transfusionsmedizin

Leiter: Prof. Dr. med. G. Bein · Universitätsklinikum Gießen und Marburg
Langhansstraße 7 · 35392 Gießen · ☎ (06 41) 985 - 4 15 08 · Fax 985 - 4 15 39

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) 2

Antikörpersuchtest 3

Abklärung einer Transfusionsreaktion (Blutkomponenten zurücksenden, 10 ml EDTA-Blut und 10 ml Serum nach Transfusion) 4

5

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

Notfall ungekreuzt (sofortige Ausgabe AB0-kompatibler Präparate vor Abschluß der Kreuzprobe) 6

Dringliche Kreuzung (Mindestbearbeitungsdauer 1 Stunde) 7

Transfusion heute _____ 8

Transfusion am T T M M J J 9

Einsendung einer Blutprobe - keine Kreuzung (Kreuzung erfolgt nach telefonischer Anforderung) 10

Präparateanforderung gilt als Rezept !	Anzahl
<input type="checkbox"/> Erythrozytenkonzentrat	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 11
<input type="checkbox"/> Erythrozytenkonz. für Neugeborene (50 ml)	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 12
<input type="checkbox"/> Thrombozytenkonz. (therapeut. Einheiten)	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 13
<input type="checkbox"/> Frischplasma	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 14
<input type="checkbox"/> Spezialpräparate (bitte telefon. Rücksprache)	

leukozytenarm reduziertes CMV-Übertragungsrisiko entsprechend Indikationsliste oder ausführliche ärztliche Begründung bestrahlt 16

Auslieferungsart (Gültigkeit Verträglichkeitsprobe max. 72 Stunden)

Auslieferung heute ohne Abruf 17

Auslieferung auf Abruf (Fax oder Telefon) 18

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 _____