

# Immunhämatologisches Labor \*

- Blutgruppe / Antikörpersuchtest
- Überprüfung der Rh - Prophylaxe
- Erythrozytäre Autoantikörper (direkter Coombstest)
- Kryoglobuline
- HLA-Antikörper\*
- Granulozytenantikörper\*
- Parox. nächtl. Hämoglobinurie\*
- Andere\* (siehe Rückseite)
- Spezielle Blutgruppenmerkmale
- Abklärung Transfusionsreaktion
- Med.-abh. erythrozytäre Antikörper\*\*
- Kälteagglutinine / -hämolyse
- Thrombozytäre Alloantikörper\*
- Thrombozytäre Autoantikörper\* (Morbus Werlhof)

\* - Anforderung, benötigtes Material - siehe Rückseite  
 \*\* - Medikamente angeben

## Anforderung Blutkomponenten und Plasmaderivate - gilt als ärztliche Verordnung -

Leukozytendepletierte Präparate gelten als CMV-negativ

Erythrozytenkonzentrat, leukozytendepletiert:

1  2  3  4  5  6  \_\_\_\_\_

Kinder - Erythrozytenkonzentrat, leukozytendepletiert:

Ki EK \_\_\_\_\_ ml  Reservieren bis: \_\_\_\_\_

Thrombozytenkonzentrat, leukozytendepletiert\*:

1 (gepoolt aus 4 Vollbluteinheiten)  1 (vom Zellseparator)

Frischplasma (aufgetaut)\*:

1  2  3  4  5  6  \_\_\_\_\_

Sonderanforderungen an Präparat(e)\*:

Bestrahlt  HLA-ausgewählt  Gewaschen  \_\_\_\_\_

Eigenblut / autologes Erythrozytenkonzentrat:

1  2  3  4  \_\_\_\_\_

Eigenplasma:

1  2  3  4  \_\_\_\_\_

Antithrombin\*: \_\_\_\_\_ IE

Prothrombinkomplex (PPSB)\*: \_\_\_\_\_ IE

von Willebrand Faktor / Faktor VIII\*: \_\_\_\_\_ IE

Faktor VIII\*: \_\_\_\_\_ IE

Faktor XIII\*: \_\_\_\_\_ IE

Fibrinogen\*: \_\_\_\_\_ g

Andere Blutkomponenten/Plasmaderivate/Gerinnungstherapeutika (siehe Rückseite)\*

\* - nur bei vollständigen klinischen Angaben oder nach Rücksprache

# Zentrum für Transfusionsmedizin und Hämotherapie ©


TM 2

Direktor: Prof. Dr. med. Gregor Bein

Universitätsklinikum Gießen und Marburg GmbH

Patientenetikett

! unbedingt Etikett mit Barcode verwenden !



Bitte dieses Feld nur in Poliklinik / OP-Saal markieren

Welche Nr. / Wo?  Kabinen-Nr. (Poliklinik)  OP-Saal

1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	0

Bereich:

Infektiös Notfall

Notfall / Infektiös - Aufkleber abziehen und aufs Röhrchen kleben

Feld für Einsenderetikett / Code  
( falls Aufdruck nicht bereits vorhanden )

## Klinische Angaben

**Transfusion, Entbindung, Abort:**

- JA**, in letzten 3 Monaten
- JA**, aber nicht in letzten 3 Monaten
- NEIN**, überhaupt keine bekannt
- Aktuelle Schwangerschaft
- Allogene KMT, wann \_\_\_\_\_
- Akute Blutung
- Rh-Prophylaxe, wann \_\_\_\_\_
- Thrombozytopenie
- Neonatale Thrombozytopenie
- Unklare Anämie / Hämolyse
- Morbus haemolyticus neonatorum
- Transfusionsreaktion

**Diagnose / operativer Eingriff :** \_\_\_\_\_

Klinische Angaben: \_\_\_\_\_

Voraussichtlicher Gesamtblutbedarf: \_\_\_\_\_

Blutgruppe des Pat.\*:  **A**  **B**  **0**  **AB** Rh ( D ):  **pos**  **neg**

Irreguläre Antikörper\*:  **nein**  **ja** welche: \_\_\_\_\_  
\* - bei Neugeborenen - der Mutter

OP/Transfusions-Termin: Konserven werden max. bis zum Morgen des 2. Tages nach dem angegebenen Termin reserviert.

nicht dringlich ( nur einen Wochentag angeben! ):

Für welchen Tag:  Mo  Di  Mi  Do  Fr  Sa  So

**Innerhalb von 5 Stunden**

**Notfall: 2 Stunden**

**Notfall: Bereitstellung sofort** (ungekreuzt)

NOTFALLTRANSFUSION

die Verantwortung für das erhöhte Transfusionsrisiko trägt der unterzeichnende Arzt

Notfall: Notfall-Aufkleber verwenden (s.o.). Sobald Konserven bereitstehen, werden Sie benachrichtigt. Ihre Anfragen verzögern die Bearbeitung!

## Blutgruppe / Sonstiges



15400001

Röhrchen oben!

Hier bitte unbedingt ein mit Namen des Patienten versehenes Etikett ( ohne Barcode ) aufkleben !!!!  
 Anschließend den gesamten Aufkleber abnehmen und aufs Röhrchen kleben !!!!

## Kreuzblut / Sonstiges



15400001

Röhrchen oben!

Hier bitte unbedingt ein mit Namen des Patienten versehenes Etikett ( ohne Barcode ) aufkleben !!!!  
 Anschließend den gesamten Aufkleber abnehmen und aufs Röhrchen kleben !!!!

## Unterschriften

ohne Unterschrift keine Bearbeitung!

Datum: \_\_\_\_\_

**1. Arzt**

Unterschrift: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

( bei Anforderung von Blutprodukten zwingend erforderlich: **Rezept!!** )

**2. Blutabnehmende Person**

Unterschrift: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Beleg bitte nur mit weichem Bleistift so markieren !!



Einzelpreis ca. 15 Cent + MwSt.

Belegart/Auflage

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	<input type="checkbox"/>
11	<input type="checkbox"/>
12	<input type="checkbox"/>
13	<input type="checkbox"/>
14	<input type="checkbox"/>
15	<input type="checkbox"/>
16	<input type="checkbox"/>
17	<input type="checkbox"/>
18	<input type="checkbox"/>
19	<input type="checkbox"/>
20	<input type="checkbox"/>

26	<input type="checkbox"/>
25	<input type="checkbox"/>
24	<input type="checkbox"/>
23	<input type="checkbox"/>
22	<input type="checkbox"/>
21	<input type="checkbox"/>
20	<input type="checkbox"/>
19	<input type="checkbox"/>
18	<input type="checkbox"/>
17	<input type="checkbox"/>
16	<input type="checkbox"/>
15	<input type="checkbox"/>
14	<input type="checkbox"/>
13	<input type="checkbox"/>
12	<input type="checkbox"/>
11	<input type="checkbox"/>
10	<input type="checkbox"/>
9	<input type="checkbox"/>
8	<input type="checkbox"/>
7	<input type="checkbox"/>
6	<input type="checkbox"/>
5	<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>
1	<input type="checkbox"/>

## Telefonverzeichnis des Institutes

Dienstarzt des Institutes ( Pieper )	142 64491
Sekretariat	66283
Gerinnungslabor ( reguläre Dienstzeit )	64489
Gerinnungslabor ( Bereitschaftsdienst )	64491
Konservenbereitstellung, Blutgruppen	64491



## Verzeichnis der Laboruntersuchungen

Die Rückseite des Bogens kann mittels EDV nicht erfasst werden.

### Immunologische Untersuchungen

#### Raynaud-Phänomen:

- Kryoglobuline (10 ml Nativblut, 10 ml EDTA, warm, 37°C!)\*

#### Antiphospholipidsyndrom:

- (5 ml Nativ-Blut)
- Cardiolipin (IgG, IgM)
- $\beta$ 2-Glycoprotein-1 (IgG, IgM)

#### Granulozytenantikörper

- (2-10 ml Nativ- oder EDTA-Blut)
- (Auto-) Immuneutropenie (Kinder 3 ml, Erwachsene 10 ml EDTA-Blut) ggf. Medikament\* : \_\_\_\_\_
- Neonatale Immuneutropenie (Neugeborenes 1 ml EDTA-Blut, Vater 3 ml EDTA-Blut Mutter 3 ml EDTA- und 10 ml Nativ-Blut)
- Transfusionsassoziertes Lungenödem (Patient 10 ml EDTA, transfundiert. Prod.)

#### Thrombozytenantikörper

- Immuneutropenie (20 ml EDTA-, 10 ml Nativ-Blut)
- Neonatale Alloimmuneutropenie (Neugeborenes 2-3 ml EDTA-Blut, Mutter 20 ml EDTA-Blut, 10 ml Nativ-Blut, Vater 20 ml EDTA-Blut)
- Refraktärzustand gegenüber Thrombozytentransfusion (20 ml EDTA-, 10 ml Nativ-Blut)

- Medikament-induzierte Immuneutropenie (20 ml EDTA-, 10 ml Nativblut, 10 ml Urin) Medikament\* : \_\_\_\_\_
- Heparininduzierte Thrombozytopenie (HIT Typ II) (10 ml Nativblut)
- Quantifizierung thrombozytärer Membranproteine bei Verdacht auf hereditäre Thrombopathie (10 ml Citrat-Blut)
- Thrombozytäre Membranpolymorphismen (HPA, genetisch) (10 ml EDTA-Blut)

#### Erythrozytenantikörper

- Immuneutropenie (10 ml Nativ-, 10 ml EDTA-Blut)
- Medikament-induzierte Immuneutropenie (10 ml Nativ-, 10 ml EDTA-Blut, 10 ml Urin) Medikament\* : \_\_\_\_\_
- Morbus haemolyticus neonatorum (Neugeborenes 2-3 ml EDTA-Blut, Mutter 10 ml EDTA-Blut, 10 ml Nativ-Blut)
- Paroxysmale nächtliche Hämoglobinurie (Material: 10 ml EDTA-Blut)
- Kälteagglutinine, 10 ml Nativ-Blut (warm), 10 ml EDTA-Blut (Raumtemperatur),

\* - Rücksprache Labor

#### Transplantationsimmunologie

- HLA-Typisierung Klasse I (10 ml ACD-Blut)
- HLA-Typisierung Klasse II (10 ml EDTA-Blut)
- HLA-Typisierung hochauflösend für Stammzell-Transplantation (20 ml EDTA-Blut)
- HLA-B27 (10 ml EDTA-Blut)
- HLA-Antikörper (LCT) (10 ml Nativblut)
- HLA-Antikörper Kl. I (ELISA) (10 ml Nativblut)
- HLA-Antikörper Kl. II (ELISA) (10 ml Nativblut)
- Lymphozytäre Autoantikörper (10 ml Nativ-, 10 ml ACD-Blut)
- Kreuzprobe vor Organtransplantation (Spender: Heparinblut, Milz oder Lymphknoten; Empfänger: Nativblut)
- Hämochromatose-Diagnostik (C282Y; H63D) (5 ml EDTA-Blut)

## Verzeichnis der verfügbaren Blutprodukte und Präparate

Alle Produkte können durch Ankreuzen des Markierungsfeldes angefordert werden. Dabei an der Vorderseite das Anstreichen des Punktes „Andere Blutprodukte, Plasmaderivate, . . .“ nicht vergessen. Alle Produkte, die über ein Markierungsfeld hier nicht verfügen, können an der Vorderseite angekreuzt werden.

- Leukozytendepletiertes Erythrozytenkonzentrat
- Gewaschenes Erythrozytenkonzentrat in additiver Lösung
- Erythrozytenkonzentrate für Neugeborene ( bis zu 4 Einheiten von einem Spender )
- Austauschblut für Neugeborene
- Frischplasma (aufgetaut)
- Frischplasma (gefroren)
- Virusinaktiviertes Plasma (SD-VIP)
- Leukozytendepletiertes Thrombozytenkonzentrat ( Vollblut )
- Leukozytendepletiertes Thrombozytenkonzentrat ( Zellseparator )
- Eigenblut / Vollblut
- Eigenblut / Erythrozytenkonzentrat
- Eigenblut / Plasma

- Antithrombin
- Von Willebrand Faktor / Faktor VIII
- Faktor VII
- Faktor VIII
- Faktor IX
- Faktor XIII
- Fibrinogen
- Protein C
- Prothrombinkomplex ( PPSB )
- aktivierter Prothrombinkomplex ( FEIBA )
- rekombinanter F VII a
- C1 - Esterase - Inhibitor