

Bitte hier **Patientenetikett** aufkleben.

Falls kein Etikett zur Hand, Fallnummer eintragen.

→

Name.....

Vorname.....

Geburtsdatum.....

Station.....

männlich weiblich

Klinikum der Stadt Ludwigshafen am Rhein gemeinnützige GmbH

Institut für Labordiagnostik, Hygiene und Transfusionsmedizin

Prof. Dr. M. Bauer

Blutbank: Tel.: 0621 – 503 3507; Fax: 0621 – 503 3535

Zweigstelle BG-Klinik

Blutbank: Tel.: 0621 – 6810 2356; Fax: 0621 – 6810 2633

21.9 Blutbank

Feld für interne

Auftragsnummer

Anfordernde Kostenstelle (falls vom Etikett abweichend):

Bitte immer vollständig ausfüllen!

Angaben zum Patienten

Bitte immer vollständig ausfüllen!

<input type="checkbox"/> infektiös	ggf. OP-Datum	Diagnose/n, Art der OP, sonstige Fragestellung	
	<input type="checkbox"/> Notfall	Medikamente? (z.B. hochdosierte ivIgG, therapeutische Antikörper wie Daratumumab oder Magrolimab, hochdosierte Beta-Laktam-Antibiotika)	
	Medikament:	zuletzt am:	
Notfallausweis vorhanden?	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>		
Irreguläre Antikörper bekannt?	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	welche:	
Frühere EK-Transfusionen?	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	in den letzten 4 Wochen? Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	
Unerwünschte Transfusionsreaktionen bekannt?	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	welche: (bei Bedarf tel. Rücksprache!)	
Z.n. Schwangerschaft/Fehlgeburt	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>		
Z.n. <u>allogener</u> Stammzelltransplantation	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	wann:	Spenderblutgruppe:

Bestellung von Blutprodukten

Erythrozytenkonzentrat (EK)	Anzahl:	Transfusion vorgesehen am:	
		<input type="checkbox"/> NOTFALL Ausgabe: <input type="checkbox"/> gekreuzt; <input type="checkbox"/> ungekreuzt (Telefonische Kontaktaufnahme mit Blutbank erforderlich!)	
EK auf Abruf	<input type="checkbox"/> Blutgruppenbestimmung und Antikörpersuchtest werden sofort durchgeführt, EK werden nach telefonischem Abruf (dann Angabe der Anzahl) gekreuzt.		
Thrombozytenkonzentrat (TK)	Anzahl:	Transfusion vorgesehen am:	
		<input type="checkbox"/> HLA kompatibel (bei bekannten HLA-Antikörpern, nur nach vorheriger Anmeldung zur Versorgung)	
Besondere Produkteigenschaften:	bestrahlt	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Wenn ja, Indikation:
	CMV ausgewählt	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Wenn ja, Indikation:
Gefrorenes Frischplasma (GFP), aufgetaut	Anzahl:	Transfusion vorgesehen am:	
SD-Plasma (Octaplas®) Ausgabe nur für Plasmaaustauschbehandlung oder bei spezieller Indikation nach tel. Rücksprache mit Dienstärztin/-arzt der Blutbank	Liter	Transfusion vorgesehen am: Anzahl der geplanten Plasmapheresen:	

Immunhämatologische Anforderung

<input type="checkbox"/> Blutgruppenbestimmung	<input type="checkbox"/> Abklärung Transfusionsreaktion Bitte folgende posttransfusionelle Patientenblutproben zusammen mit steril verschlossenem Restblutbeutel und „Bericht über Nebenwirkungen bei Transfusionen von Blutprodukten (UAW)“ sowie ggf. Zusatzfragebogen zur Abklärung transfusionsassoziiertes pulmonaler Reaktion in Blutbank abgeben : 7,5 ml EDTA-Blutprobe + 2,7 ml EDTA-Blutprobe + 7,5 ml Serum-Blutprobe + 7,5 ml Li-Heparinat-Blutprobe
<input type="checkbox"/> Direkter Coombs-Test (DCT)	
<input type="checkbox"/> Autoimmunhämolyse	
<input type="checkbox"/> Kälteagglutinine (Transport bei 37°C)	

Der Arzt trägt die Verantwortung für die Richtigkeit der Anforderung, der Pat.-Identität sowie die Verschreibung der Blutpräparate.
Bearbeitung bei Kreuzblutentnahme ohne zwei Unterschriften nicht möglich!

Probenabnehmende Person

Verantwortlicher Arzt

Datum: _____
Name (Druckschrift): _____
Unterschrift: _____

Telefon: _____
Name (Druckschrift): _____
Unterschrift: _____