

<b>FB-ST-127/G</b> Transfusionsmedizin UK Aachen	<b>Formblatt Anforderung von autologen          Blutstammzellseparationen</b>	<b>Seite 1 von 3</b>
Erstellt am 29.08.2022 Dr. Hutschenreuter	Geprüft am 15.09.2022: Dr. Larionov Freigegeben am 01.10.2022 Prof. Dr. Klump	

## Formblatt Anforderung von autologen Blutstammzellseparationen

### FB-ST-127 / G

**Dieses FB gilt ab:** 01.10.2022

**Diese FB ersetzt  
die Version:** FB-ST-127 / F

**Zielsetzung:** Anforderungsschein zur peripheren autologen  
Stammzellapherese

**Verteiler:**

1. Original: QMB
2. Intranet
3. per Mail an Med IV, Kinderklinik

**Änderungshinweise:**

29.08.2022: Wechsel der Institutsleitung zum 01.10.2022, Prof. Dr. Klump

22.02.2021: Verteiler geändert, per Mail an Med IV und Kinderklinik

10.12.2021: Neueinstellung OA Dr. U. Krause / Leitung Arzneimittelherstellung Stammzellbereich

17.07.2020: Erstellen eines Titelblatts, Personaländerung: Ausscheiden Dr. Strathmann zum 01.07.2020, Ergänzung West-Nil-Virus –PCR, HEV-PCR und HAV-PCR

**Mitgeltende  
Dokumente:**

<b>FB-ST-127/G</b> Transfusionsmedizin UK Aachen	<b>Formblatt Anforderung von autologen          Blutstammzellseparationen</b>	<b>Seite 2 von 3</b>
Erstellt am 29.08.2022 Dr. Hutschenreuter	Geprüft am 15.09.2022: Dr. Larionov Freigegeben am 01.10.2022 Prof. Dr. Klump	



**Klinikdirektor:**  
 Univ.-Prof. Dr. rer. nat. H. Klump  
**OA Dr. U. Krause Dect: 36242**  
**Dienstarzt Transfusionsmedizin:**  
 Dect: 36173

**Anforderung zur peripheren autologen Stammzellapherese**

**Empfänger:** Name, Vorname, geb.-Datum: \_\_\_\_\_  
 Adresse, Versicherung: \_\_\_\_\_  
 Telefon: \_\_\_\_\_  
 Aktuelles Gewicht: \_\_\_\_\_ kg Größe: \_\_\_\_\_  
 Diagnose: \_\_\_\_\_

Bitte ankreuzen !	Grunderkrankung	Anzahl der angeforderten Präparate	Jedes Präparat mit mindestens/Optimum x 10 <sup>6</sup> CD34+ Zellen / kg KG	Rescue-Präparat mit halber Transplantatdosis
	Multiples Myelom			
	NHL /M. Hodgkin			
	Keimzelltumor			
Felder für individuelle Anforderung				

Purgung erwünscht: ja  nein   
 zusätzlich: \_\_\_\_\_

**Therapie/Prozedere:**

nach Studienprotokoll (siehe Anlage \_\_\_\_\_) geplant  
 Beginn der Konditionierung am \_\_\_\_\_  
 CD34-Monitoring ab: \_\_\_\_\_  
 Voruntersuchung des Patienten vor G-CSF-Gabe: am \_\_\_\_\_  
 G-CSF-Gabe beim Patienten von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ (Mobilisierungsplan FB-ST-131)  
 Autologe Stammzellapherese geplant: am \_\_\_\_\_

**Erforderliche Unterlagen:**

- vollständige HLA-Typisierung Klasse I
  - aktuelle Infektionsserologie
- HBs-Ag, Anti-HBc, HBV-PCR, Anti-HCV, HCV-PCR, Anti-HIV-I/II, HIV-PCR, HEV-PCR  
 Lues-Diagnostik, Anti-CMV-IgG, HAV-PCR, West-Nil-Virus-PCR, Parvovirus-B19-PCR

<b>FB-ST-127/G</b> Transfusionsmedizin UK Aachen	<b>Formblatt Anforderung von autologen          Blutstammzellseparationen</b>	<b>Seite 3 von 3</b>
Erstellt am 29.08.2022 Dr. Hutschenreuter	Geprüft am 15.09.2022: Dr. Larionov Freigegeben am 01.10.2022 Prof. Dr. Klump	

- ABO, Rh-Formel, K-Merkmal, Antikörpersuchtest
- Laborwerte: Differenzialblutbild, CRP, GOT, Gamma-GT, GPT, Natrium, Kalium, Kalzium, Gesamteiweiß, Kreatinin, Harnstoff, Harnsäure, Quick, aPTT, Thrombinzeit, Fibrinogen, Ferritin, LDH, AP, Bilirubin gesamt, TSH, Blutzucker
- ggf. aktuelles Ruhe-EKG, aktuelle Abdomen-Sonographie incl. Milz, aktueller Röntgenthorax,

**Ansprechpartner der anfordernden Klinik:**

Arzt, Telefon, Funk: \_\_\_\_\_

Datum, Unterschrift des anfordernden Arztes/Klinik: \_\_\_\_\_