

Transfusionsmedizin UK Aachen

Aufklärungsbögen / Anforderungsscheine

IN-TR-191 / C

Seite 1 von 4 Seiten

Erstellt:

Geprüft und freigegeben:

am: 12.04.2021

am: 15.04.2021

von: Dr. Krause

von: Dr. Wessiepe

Dokument: IN-TR-191 / C

Anforderung, Spendetauglichkeitsbeurteilung/Voruntersuchung, aktuelle Spendetauglichkeit Lymphozytapherese autolog

Diese IN gilt ab: 15.04.2021

Diese IN ersetzt die SOP: IN-TR-191 / B

Zielsetzung: Dokumente zur Lymphozytapherese autolog: Anforderungsschein/Spendetauglichkeitsbeurteilung bei Voruntersuchung, aktuelle Spendetauglichkeit für Lymphozytapherese autolog

Verteiler:
1. Original: QMB
2. Intranet

Änderungshinweise: 12.04.2021: Spezifizierung der Anforderung; Aktualisierung notwendiger Voruntersuchungen

Mitgeltende Dokumente IN-TR-190

Anforderung zur Lymphozytapherese autolog

Patient:

Name, Vorname, Geb.-Datum: _____

Adresse, Versicherung: _____

Telefon: _____

Aktuelles Gewicht: _____ kg Größe: _____ cm

Diagnose: _____

Geplante Therapie/Prozedere:

Herstellung von CAR T-Zellen: Yescarta® (Kite/Gilead) Tecartus (Kite/Gilead) Kymriah® (Novartis)

sonstiges (Präparat, Hersteller): _____

Autologe Lymphozytapherese geplant am: _____

Erforderliche Unterlagen:

- aktuelle Infektionsserologie
HBs-Ag, Anti-HBc, Anti-HCV, Anti-HIV-1/2, Lues-Diagnostik, Anti-CMV-IgG
- ABO, Rh-Formel, K-Merkmal, Antikörpersuchtest
- Laborwerte: Differenzialblutbild, CRP, GOT, GPT, Gamma-GT, Natrium, Kalium, Kalzium, Gesamteiweiß, Kreatinin, Harnstoff, Harnsäure, Quick, aPTT, Thrombinzeit, Fibrinogen, Ferritin, LDH, AP, Bilirubin gesamt, TSH, Blutzucker
- ggf. vom Hersteller geforderte Voruntersuchungen

Ansprechpartner der anfordernden Klinik:

- Arzt, Telefon, Funk: _____

- Datum, Unterschrift des anfordernden Arztes/Klinik: _____

Spendetauglichkeitsvoruntersuchung/-beurteilung zur Lymphozytapherese autolog

Patient:

Name, Vorname, Geb.-Datum: _____

Adresse, Versicherung: _____

Diagnose/Grunderkrankung: _____

Untersuchungsbefund:

Größe: _____ cm, Gewicht: _____ kg, RR: _____ mmHg, Puls: _____ /min, Temp.: _____ °C

Kopf (ZNS, Augen, Ohren, Mundhöhle):

Hals (Schilddrüse, Lymphknoten):

Thorax (Herz, Lunge):

Abdomen (Leber, Milz, Nieren):

Extremitäten (Gefäße, Lymphknoten):

Psychischer Zustand:

Medikamente:

Erforderliche Unterlagen vorhanden/ veranlasst:

- aktuelle Infektionsserologie
HBs-Ag, Anti-HBc, Anti-HCV, Anti-HIV-1/2, Lues-Diagnostik, Anti-CMV-IgG
- ABO, Rh-Formel, K-Merkmal, Antikörpersuchtest
- Laborwerte: Differenzialblutbild, CRP, GOT, GPT, Gamma-GT, Natrium, Kalium, Kalzium, Gesamteiweiß, Kreatinin, Harnstoff, Harnsäure, Quick, aPTT, Thrombinzeit, Fibrinogen, Ferritin, LDH, AP, Bilirubin gesamt, TSH, Blutzucker

Auffälligkeiten? nein ja, _____

Beabsichtigter Zugang:

Shaldon-Katheter peripher ZVK + peripher

Die Spendetauglichkeit zur Lymphozytapherese autolog ist gegeben: ja nein, _____

Datum, Unterschrift des Arztes/Transfusionsmedizin _____

Spendetauglichkeitsuntersuchung/-beurteilung zur Lymphozytapherese, autolog am Spendetag

Patient:

Name, Vorname, Geb.-Datum: _____

Adresse, Versicherung: _____

Diagnose/ Grunderkrankung: _____

Sind bei Ihnen seit der Voruntersuchung am _____ neue Beschwerden aufgetreten, wie z.B.:
Fieber, Durchfall, Infektionskrankheiten, Müdigkeit, Kopfschmerzen, Nachtschweiß, Schlaflosigkeit, Schwindel,
Steifigkeit, Knochenschmerzen, Übelkeit oder Halsschmerzen?

ja nein

Wenn ja, welche? _____

Haben Sie zusätzliche, neue Medikamente eingenommen? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Die letzte Apherese habe ich gut vertragen ja nein nicht zutreffend

Wenn nein, welche Nebenwirkungen traten auf? _____

Datum, Unterschrift des Patienten : _____

Aktueller Untersuchungsbefund:

Größe: _____ cm, Gewicht: _____ kg, RR: _____ mmHg; Puls: _____ /min, Temp.: _____ C°

Ggf. bei Erfordernis körperliche Untersuchung

Kopf (ZNS, Augen, Ohren, Mundhöhle):

Hals (Schilddrüse, Lymphknoten) :

Thorax (Herz, Lunge):

Abdomen (Leber, Milz, Nieren) :

Extremitäten (Gefäße, Lymphknoten) :

Psychischer Zustand:

Die erforderlichen Unterlagen (Infektionsserologie \leq 30 Tage, s. Voruntersuchung) liegen vor ja nein
Besonderheiten? _____

Nachfolgende Untersuchungen wurden anl. der aktuellen Spende veranlasst: ja

● aktuelle Infektionsserologie

HBs-Ag, Anti-HBc, Anti-HCV, Anti-HIV-1/2, Lues-Diagnostik, Anti-CMV-IgG,

HIV-PCR, HAV-PCR, HBV-PCR, HCV-PCR, HEV-PCR, Parvovirus B19-PCR, West-Nil-Virus-PCR* vom 01.06.-30.11.eines
jeden Jahres

● ABD-Kontrolle, Antikörpersuchtest

● Laborwerte: Differenzialblutbild; ggf. BGA

Die Spendetauglichkeit zur Lymphozytapherese autolog ist gegeben: ja nein

Monitoring erforderlich? nein EKG Pulsoxymeter RR

Calcium-Perfusor erforderlich? nein ja, _____ ml 10%iges Ca-Gluconat ml/ h

Datum, Unterschrift Arzt Klinik/ Arzt Transfusionsmedizin: _____