

Erstellt am 30.06.2023 D. Marczyk

Geprüft am
Freigegeben am 05.07.2023 Dr. Elsherif

FB-BS-171 / E

Anforderung von autologen Serum-Augentropfen

Dieses FB gilt ab: 05.07.2023

**Diese FB ersetzt
die Version:** FB-BS-171 / D

Zielsetzung: Anforderung von autologen Serum-Augentropfen

Verteiler:

1. Original: QMB
2. Intranet

Änderungshinweise:

30.06.2023 Entfernung der Telefonnummer des Oberarztes
29.08.2022: Wechsel der Institutsleitung zum 01.10.2022,
Prof. Dr. Klump



Institutsdirektor:
Univ.-Prof. Dr. rer. nat. H. Klump
Dienstarzt Transfusionsmedizin:
Dect: 36173

Patientenaufkleber

Anforderung für autologe Serum-Augentropfen

Für o. g. Patienten sollen aus augenärztlicher Indikation autologe Serumaugentropfen hergestellt werden. Die Serumaugentropfen stehen ca. 10 Tage nach der Blutentnahme zur Verfügung.

Dauer der Behandlung, Anzahl der Tagesdosen:

16 Wochen (Maximum) 120 Tagesdosen (Ophtiofen)

8 Wochen 60 Tagesdosen (Ophtiofen)

4 Wochen (Minimum) 30 Tagesdosen (Ophtiofen)

Wochen* Tagesdosen (Ophtiofen)

*andere Mengen nur in Ausnahmefällen

Für eine Dauerbehandlung immer 120 Tagesdosen anfordern

Befunde, anamnestische Daten oder Erkrankungen, die im Rahmen der Blutentnahme von Bedeutung sein könnten:

*der Patient darf nicht nüchtern sein, vorhandene Befunde (EKG, Rö-Thorax) Liste der regelmäßig eingenommenen Medikamente sind mitzubringen. Bei pulmonaler Vorerkrankung ist ein Rö-Thorax des Pat. erforderlich, bei kardialer Vorerkrankung zusätzlich ein Belastungs-EKG (mind. 75W).

Anfordernder Arzt (Klartext, Stempel)

Datum / Unterschrift

Autologe Serumaugentropfen dürfen nur nach erfolgter Sterilitätstestung freigegeben und angewendet werden (ca. 10 Tage nach Blutentnahme). Sollten die Serumaugentropfen aus ärztlicher Sicht vorher benötigt werden, so ist in Ausnahmefällen eine frühere Abgabe möglich. **Die Verantwortung insbesondere bei möglichen Komplikationen und bei positiver Sterilitätskontrolle trägt dann allein der anfordernde Arzt.**

Ich fordere die Serumaugentropfen unter eigener Verantwortung vor Abschluss der Sterilitätskontrolle an:

Anfordernder Arzt (Klartext, Stempel)

Datum / Unterschrift