

FB-ST-127/C Transfusionsmedizin UK- Aachen	Formblatt Anforderung von autologen Blutstammzellseparationen	Seite 1 von 2
Erstellt am 07.01.2019 Dr. Hutschenreuter		Freigegeben durch Bereichsleiter am 07.01.2019 Dr. Strathmann



Klinikdirektor, Akad. Direktorin, Dienstarzt: Dect: 36173, OA Dr. K. Strathmann: Dect: 35332

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 ⁶ CD34+ Zellen / kg KG	Rescue-Präparat mit halber Transplant dosis
	Multiples Myelom	2	3	1
	NHL /M. Hodgkin	2	3	
	Keimzelltumor	3	4	
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-Testung
 Lues-Diagnostik, Anti-CMV-IgG, Parvovirus B19-PCR
- ABO, Rh-Formel, K-Merkmal, Antikörpersuchtest
 - Laborwerte: Differenzialblutbild, CRP, GOT, Gamma-GT, GPT, Natrium,

FB-ST-127/C Transfusionsmedizin UK- Aachen	Formblatt Anforderung von autologen Blutstammzellseparationen	Seite 2 von 2
Erstellt am 07.01.2019 Dr. Hutschenreuter	Freigegeben durch Bereichsleiter am 07.01.2019 Dr. Strathmann	

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: _____