

<b>FB-ST-127/H</b> Transfusionsmedizin UK Aachen	<b>Formblatt Anforderung von autologen Blutstammzellseparationen</b>	<b>Seite 1 von 3</b>
--	--	----------------------

Erstellt am 06.07.2023 Wetzstein	Geprüft und freigegeben am 11.07.2023 Ch. Radermacher
----------------------------------	---

<h2>Formblatt Anforderung von autologen Blutstammzellseparationen</h2>	
<h3>FB-ST-127 / H</h3>	
<b>Dieses FB gilt ab:</b>	01.10.2022
<b>Diese FB ersetzt die Version:</b>	FB-ST-127 / G
<b>Zielsetzung:</b>	Anforderungsschein zur peripheren autologen Stammzellapherese
<b>Verteiler:</b>	1. Original: QMB 2. Intranet 3. per Mail an Med IV, Kinderklinik
<b>Änderungshinweise:</b>	06.07.2023: Entfernung des Oberarztes und Telefonnummer 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
<b>Mitgeltende Dokumente:</b>	



Klinikdirektor:  
Univ.-Prof. Dr. rer. nat. H. Klump

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
	<b>Multiples Myelom</b>			
	<b>NHL /M. Hodgkin</b>			
	<b>Keimzelltumor</b>			
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

● ABO, Rh-Formel, K-Merkmal, Antikörpersuchtest

● Laborwerte: Differenzialblutbild, CRP, GOT, Gamma-GT, GPT, Natrium,

<b>FB-ST-127/H</b> Transfusionsmedizin UK Aachen	<b>Formblatt Anforderung von autologen Blutstammzellseparationen</b>	<b>Seite 3 von 3</b>
--	--	----------------------

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: \_\_\_\_\_