

Erstellt am 06.07.2023 Wetzstein

Geprüft und freigegeben am 11.07.2023 Ch. Radermacher

## Formblatt FB-ST-145/G

### Verwandtenspender Formblatt Anforderung von peripheren allogenen Stammzellapheresen

**Dieses FB gilt ab:** 11.07.2023

**Dieses FB ersetzt  
die Version:** FB-ST-145 / E

#### Zielsetzung:

**Verteiler:**

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

**Änderungshinweise:**

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: Personaländerung: Ausscheiden Dr. Strathmann  
zum 01.07.2020  
01.11.2014 FB auf Verwandtenspende geändert



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

Dienstarzt Transfusionsmedizin:  
Dect: 36173

**Anforderung der Durchführung einer peripheren allogenen Stammzellapherese**

**Spender:** Name, Vorname, Geb.-Datum: \_\_\_\_\_ männl.  weibl.

Adresse, Versicherung: \_\_\_\_\_

**Empfänger:** Name, Vorname, Geb.-Datum: \_\_\_\_\_ männl.  weibl.

Adresse, Versicherung: \_\_\_\_\_

**Anzahl** der angeforderten Präparate \_\_\_\_\_ Präparat(e)  
mit mindestens jeweils \_\_\_\_\_ x 10<sup>6</sup> CD34+ Zellen / kg Körpergewicht  
Purging erwünscht: ja  nein   
z. B. CD34 positiv, Selektion, CD3/19 negativ \_\_\_\_\_  
zusätzlich: \_\_\_\_\_

**Prozedere:**

Voruntersuchung des Spenders vor G-CSF-Gabe: am \_\_\_\_\_

G-CSF-Gabe beim Spender von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Beginn der Konditionierung des Empfängers: am \_\_\_\_\_

Allogene Stammzellapherese geplant: am \_\_\_\_\_

Transplantation geplant: .....am \_\_\_\_\_

**Ansprechpartner der anfordernden Klinik:**

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

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

\*(>18 Jahre)