

## Transfusionsmedizin UK Aachen

### Aufklärungsbögen / Anforderungsscheine

IN-TR-191 / D	Seite 1 von 4 Seiten
<b>Erstellt:</b>	<b>Geprüft und freigegeben:</b>
am: 30.08.2022	am: 01.10.2022
von: Dr. Krause	von: Dr. Wessiepe

### Dokument: IN-TR-191 / D

Anforderung, Spendetauglichkeitsbeurteilung/Voruntersuchung, aktuelle Spendetauglichkeit Lymphozytapherese autolog

**Diese IN gilt ab:** 01.10.2022

**Diese IN ersetzt die SOP:** IN-TR-191 / C

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

**Verteiler:**

1. Original: QMB
2. Intranet

**Änderungshinweise:** 30.08.2022: Wechsel der Institutsleitung zum 01.10.2022, Prof. Dr. Klump  
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 ≤ 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: \_\_\_\_\_