

|   |   |                      |
|---|---|----------------------|
| <b>FB-ST-127/F</b><br>Transfusionsmedizin UK-<br>Aachen | <b>Formblatt Anforderung von autologen<br/>         Blutstammzellseparationen</b> | <b>Seite 1 von 3</b> |
| Erstellt am 22.02.2021 Dr. Hutschenreuter               | Freigegeben am 22.02.2021 Dr. Hutschenreuter / Dr. Larionov                       |                      |

|  |   |
|--|---|
| <h2>Formblatt Anforderung von autologen<br/>Blutstammzellseparationen</h2> |   |
| <h3>FB-ST-127 / F</h3>   |   |
| <b>Dieses FB gilt ab:</b>  | 22.02.2021  |
| <b>Diese FB ersetzt<br/>die Version:</b>                                   | FB-ST-127 / E   |
| <b>Zielsetzung:</b>  | Anforderungsschein zur peripheren autologen<br>Stammzellapherese  |
| <b>Verteiler:</b>  | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Original: QMB</li> <li>2. Intranet</li> <li>3. per Mail an Med IV, Kinderklinik</li> </ol>  |
| <b>Änderungshinweise:</b>  | 22.02.2021: Verteiler geändert, per Mail an Med IV und<br>Kinderklinik<br>10.12.2021: Neueinstellung OA Dr. U. Krause / Leitung<br>Arzneimittelherstellung Stammzellbereich<br>17.07.2020: Erstellen eines Titelblatts, Personaländerung:<br>Ausscheiden Dr. Strathmann zum 01.07.2020, Ergänzung<br>West-Nil-Virus –PCR, HEV-PCR und HAV-PCR |
| <b>Mitgeltende<br/>Dokumente:</b>  |   |

|   |   |   |
|---|---|---|
| <b>FB-ST-127/F</b><br>Transfusionsmedizin UK-<br>Aachen | <b>Formblatt Anforderung von autologen<br/>         Blutstammzellseparationen</b> | <b>Seite 2 von 3</b>  |
| Erstellt am 22.02.2021 Dr. Hutschenreuter               |   | Freigegeben am 22.02.2021 Dr. Hutschenreuter / Dr. Larionov |



Klinikdirektor, Akad. Direktorin  
 Dr. med. Gabriele Hutschenreuter  
 OA Dr. U. Krause Dect: 36242  
 Dienstarzt Transfusionsmedizin:  
 Dect: 36173

**Anforderung zur peripheren autologen Stammzellapherese**

**Empfänger:** Name, Vorname, geb.-Datum: \_\_\_\_\_  
 Adresse, Versicherung: \_\_\_\_\_  
 Telefon: \_\_\_\_\_  
 Aktuelles Gewicht: \_\_\_\_\_ kg Größe: \_\_\_\_\_  
 Diagnose: \_\_\_\_\_

| Bitte<br>ankreuzen<br>!                   | Grunderkrankung         | Anzahl der<br>angeforderten<br>Präparate | Jedes Präparat mit<br>mindestens/Optimum<br>x 10 <sup>6</sup> CD34+ Zellen /<br>kg KG | Rescue-<br>Präparat<br>mit halber<br>Transplanttdosis |
|---|-------------------------|--|---|---|
|   | <b>Multiples Myelom</b> |  |   |   |
|   | <b>NHL /M. Hodgkin</b>  |  |   |   |
|   | <b>Keimzelltumor</b>    |  |   |   |
| Felder für<br>individuelle<br>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

|   |   |                      |
|---|---|----------------------|
| <b>FB-ST-127/F</b><br>Transfusionsmedizin UK-<br>Aachen | <b>Formblatt Anforderung von autologen<br/>         Blutstammzellseparationen</b> | <b>Seite 3 von 3</b> |
| Erstellt am 22.02.2021 Dr. Hutschenreuter               | Freigegeben am 22.02.2021 Dr. Hutschenreuter / Dr. Larionov                       |                      |

- ABO, Rh-Formel, K-Merkmal, Antikörpersuchtest
- Laborwerte: Differenzialblutbild, CRP, GOT, Gamma-GT, GPT, Natrium, 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: \_\_\_\_\_