

FB-ST-145/B Transfusionsmedizin UK- Aachen	Formblatt Anforderung von peripheren allogenen Stammzellapheresen/Verwandtenspender	Seite 1 von 2
Erstellt am 01.11.2014 Dr. Hutschenreuter	Freigegeben am 01.11.2014 Dr. Strathmann	

<h2>Formblatt FB-ST-145/B</h2>	
Verwandtenspender Formblatt Anforderung von peripheren allogenen Stammzellapheresen	
Dieses FB gilt ab:	01.11.2014
Dieses FB ersetzt die Version:	FB-ST-145 / A
Zielsetzung:	
Verteiler:	1. Original: QMB Intranet
Änderungshinweise:	01.11.2014 FB auf Verwandtenspende geändert

FB-ST-145/B Transfusionsmedizin UK- Aachen	Formblatt Anforderung von peripheren allogenen Stammzellapheresen/Verwandtenspender	Seite 2 von 2
Erstellt am 01.11.2014 Dr. Hutschenreuter		Freigegeben am 01.11.2014 Dr. Strathmann



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

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 10⁶ CD34+ Zellen / kg Körpergewicht
 Purgung 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)