

| | | |
|---|---|----------------------|
| FB-ST-145/E Transfusionsmedizin UK- Aachen | Formblatt Anforderung von peripheren allogenen Stammzellapheresen/Verwandtenspender | Seite 1 von 2 |
| Erstellt am 22.02.2021 Dr. Hutschenreuter | Freigegeben am 22.02.2021 Dr. Hutschenreuter / Dr. Larionov | |

| | |
|--|---|
| <h2>Formblatt FB-ST-145/E</h2> | |
| Verwandtenspender Formblatt Anforderung von peripheren allogenen Stammzellapheresen | |
| Dieses FB gilt ab: | 22.02.2021 |
| Dieses FB ersetzt die Version: | FB-ST-145 / D |
| Zielsetzung: | |
| Verteiler: | <ol style="list-style-type: none"> 1. Original: QMB 2. Intranet 3. per Mail an Med IV, Kinderklinik |
| Änderungshinweise: | 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 |

| | | |
|---|---|---|
| FB-ST-145/E Transfusionsmedizin UK- Aachen | Formblatt Anforderung von peripheren allogenen Stammzellapheresen/Verwandtenspender | Seite 2 von 2 |
| 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 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)