

FB-ST-150/F Transfusionsmedizin UK- Aachen	Formblatt Anforderung von Stammzellen mittels Knochenmarkgewinnung/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 150/F</h2>	
<h3>Verwandtenspender / Anforderung von Stammzellen mittels Knochenmarkgewinnung</h3>	
Diese IN gilt ab:	22.02.2021
Diese IN ersetzt die Version:	FB-ST-150 / E
Zielsetzung:	Anforderungsformular für Stammzellen mittels Knochenmarkgewinnung Mitgeltende Dokumente: IN-TR-182/n
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 08.07.2020: Personaländerung: Ausscheiden Dr. Strathmann zum 01.07.2020 01.11.2014: FB auf Verwandtenspender geändert 03.12.2014: Purging entfernt

FB-ST-150/F Transfusionsmedizin UK- Aachen	Formblatt Anforderung von Stammzellen mittels Knochenmarkgewinnung/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

Verwandtenspender

Anforderung der Entnahme von Stammzellen mittels Knochenmark

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 _____ $\geq 2 \times 10^8$ kernhaltige Zellen / kg Körpergewicht des Empfängers
 Erydepletion erwünscht: ja nein
 Plasmareduktion erwünscht: ja nein
 Sonstiges: _____

Prozedere:

Voruntersuchung des Spenders am _____
 Beginn der Konditionierung des Empfängers am _____
 Knochenmarkentnahme geplant am _____
 Transplantation geplant: am _____

Ansprechpartner der anfordernden Klinik:

Arzt, Telefon, Funk: _____

Datum, Unterschrift des anfordernden Arztes/Transplantationseinheit : _____