

<b>FB-ST-150/G</b> Transfusionsmedizin UK- Aachen	<b>Formblatt Anforderung von Stammzellen mittels          Knochenmarkgewinnung/Verwandtenspender</b>	<b>Seite 1 von 2</b>
Erstellt am 29.08.2022 Dr. Hutschenreuter	Geprüft am 15.09.2022: Dr. Larionov Freigegeben am 01.10.2022 Prof. Dr. Klump	

<h2>Formblatt FB-ST-150/G</h2>	
<h3>Verwandtenspender / Anforderung von Stammzellen mittels          Knochenmarkgewinnung</h3>	
<b>Diese IN gilt ab:</b>	01.10.2022
<b>Diese IN ersetzt          die Version:</b>	FB-ST-150 / F
<b>Zielsetzung:</b>	Anforderungsformular für Stammzellen mittels Knochenmarkgewinnung Mitgeltende Dokumente: IN-TR-182/n
<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>	29.08.2022: Wechsel der Institutsleitung zum 01.10.2022, Prof. Dr. Klump 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: Purgung entfernt

<b>FB-ST-150/G</b> Transfusionsmedizin UK- Aachen	<b>Formblatt Anforderung von Stammzellen mittels          Knochenmarkgewinnung/Verwandtenspender</b>	<b>Seite 2 von 2</b>
Erstellt am 29.08.2022 Dr. Hutschenreuter	Geprüft am 15.09.2022: Dr. Larionov Freigegeben am 01.10.2022 Prof. Dr. Klump	



**Klinikdirektor:**  
**Univ.-Prof. Dr. rer. nat. H. Klump**  
**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 : \_\_\_\_\_