

<b>Erstellt:</b>	<b>Geprüft und freigegeben:</b>
Am: 06.08.2018	Am: 04.10.2018
Von: Butzen	Von: Dr. Wessiepe
<b>Dokumentenliste: IN-TR-116 / F</b>	
<b>Anforderungsschein Immunhämatologie</b>	
<b>Diese IN gilt ab:</b>	04.10.2018
<b>Diese IN ersetzt die Version:</b>	E
<b>Zielsetzung:</b>	Anforderungsschein Immunhämatologie
<b>Verteiler:</b>	1. Original: QMB 2. Intranet
<b>Änderungshinweise:</b>	<b>06.08.2018</b> Zusätzliche Zeile eingefügt für die Unterschrift der blutentnehmenden Person  <b>16.06.2015</b> EK auf Abruf rausgenommen, NTX-Titer geändert in ABO Isoagglutinintiter, Facharztname eingefügt, Layout Änderung  Änderung Layout, Ergänzung Geschlecht, HLA-kompatibel
<b>Mitgeltende Dokumente:</b>	Keine

<b>Transfusionsmedizin / UKA</b> Akad. Dir. Dr. med. G. Hutschenreuter Pauwelsstraße 30, 52074 Aachen <b>Blutbank</b> Ebene -1 Aufzug A4 Tel: 0241/80 89328, Fax:0241/80 82533		Einsender: Telefon Nr. _____		Datum _____	
		Name, Vorname _____		BITTE AUF ALLE DURCHSCHLÄGE (3) EIN PATIENTENETIKETT KLEBEN	
Sind irreguläre Antikörper bekannt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		Geburtsdatum _____		Station _____	
Zustand nach SZT SZT wann? _____ <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		Straße _____		Tel. _____	
BG vor SZT: _____ nach SZT _____		Wohnort _____		Geschlecht: <input type="checkbox"/> männl. <input type="checkbox"/> weibl.	
Hat der Patient bereits Bluttransfusionen erhalten? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		Abnahme/Datum _____	Abnahme/Uhrzeit: _____	<b>Blutgruppe des Empfängers</b> AB0 _____ Rh-Faktor _____	
Sind Transfusionsreaktionen bekannt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		Wann werden die Produkte benötigt? _____	Datum: _____		
Operation mit der Herz-Lungen-Maschine? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		<b>Notfall</b> (werden die Ek's sofort benötigt?) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> ungekreuzt		<b>Rh-Merkmale</b> _____	
Rh-Prophylaxe <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein					
Diagnose / Transfusionsindikation: _____					
Medikamente: _____					
Anzahl <b>A = 10 ml Serum-Monovette B = 2,7 ml EDTA-Blut</b>					
Erythrozytenkonzentrat, (Kreuzprobe) Material A+B		<input type="checkbox"/> AB0 Blutgruppenbestimmung, Rh-Merkmale, inkl. Antikörpersuchtest, K Material A+B			
Sollen die Blutprodukte bestrahlt werden? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein					
Thrombozytapheresekonzentrat (telefonisch unter 36173 anfordern) <input type="checkbox"/> HLA-kompatibel		<input type="checkbox"/> Direkter Antiglobulin (Coombs-)-Test Material B			
Gepooltes Thrombozytenkonzentrat Fremdzukauf (telefonisch unter 36173 anfordern)		<input type="checkbox"/> Indirekter Antiglobulin (Coombs-)-Test ggf. Antikörperdifferenzierung Material A + B			
Sonstige Blutkomponenten: _____		<input type="checkbox"/> AB0i Isoagglutinationstiter Material B			
Frischplasma (telefonisch unter 89 328 anfordern, Auftaudauer ca. 30 min)		<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____			
Unterschrift/Name in Druckbuchst. der blutentnehmenden Person Unterschrift / Namensstempel des anforderungsberechtigten Arztes					Protokollnummer (wird von Blutbank vergeben)
<b>Eigenblut:</b>		Erythrozytenkonzentrate		Frischplasma	
Konserven Nr.	BG Konserve	Ergebnis der Kreuzprobe	Datum	Ausgabe am	Befund
					Blutgruppe
					Rh-Faktor
					Rh-Merkmale
					K
					DCT
					Antikörpersuchtest:
					ICT / ET 37°C
					AKS 20°C
					Unterschrift Facharzt der Transfusionsmed.
					Unterschrift MTLA

Dr. Wessiepe  Dr. Angert  Dr. Strathmann  \_\_\_\_\_