

<b>Bearbeitet:</b>	<b>Geprüft und freigegeben:</b>
Am: 04.06.2025	Am: 01.10.2025
Von: Pritschau	Von: Dr. Wessiepe
<b>Dokumentenliste: IN-TR-116 / K</b>	
<b>Anforderungsschein Immunhämatologie</b>	
<b>Diese IN gilt ab:</b>	01.10.2025
<b>Diese IN ersetzt die Version:</b>	J
<b>Zielsetzung:</b>	Anforderungsschein Immunhämatologie
<b>Verteiler:</b>	1. Original: QMB 2. Intranet

<b>Änderungshinweise:</b>	<p><b>04.06.2025:</b> OA Dr. Krause und OA Dr. Larionov entfernt (J/K)</p> <p><b>22.08.2022:</b> Wechsel der Institutsleitung zum 01.10.2022, Prof. Dr. Klump, Änderung der Institutsbezeichnung: Transfusionsmedizin und Zelltherapeutika (I/J)</p> <p><b>01.01.2021:</b> Personaländerung, Neueinstellung OA Dr. Krause, Änderung ml-Angabe Nativblut (H/I)</p> <p><b>15.07.2020:</b> Personaländerung OA Dr. Strathmann ausgeschieden; FOÄ Dr. El Sherif hinzugefügt; Rh Prophylaxe mit OP Herz-Lungen-Maschine getauscht; Änderung der Abnehmeröhrchen (G/H)</p> <p><b>10.12.2019:</b> Personaländerung OA Dr. Angert ausgeschieden, Larionov am 01.01.2020 (F/G)</p> <p><b>06.08.2018:</b> Zusätzliche Zeile eingefügt für die Unterschrift der blutentnehmenden Person (E/F)</p> <p><b>16.06.2015:</b> EK auf Abruf rausgenommen, NTX-Titer geändert in AB0 Isoagglutinititer, Facharztname eingefügt, Layout Änderung (D/E)</p> <p><b>04.06.2012 / 15.03.2013:</b> Änderung Layout, Ergänzung Geschlecht, HLA-kompatibel</p> <p><b>20.04.2009:</b> Entnahmedatum der Blutprobe eingefügt (A/B)</p>
<b>Mitgeltende Dokumente:</b>	Keine

Anforderungsschein erhältlich in der Druckerei des UK-Aachen unter der Lager Nummer 397 A

Institut für Transfusionsmedizin und Zelltherapeutika / Uniklinik RWTH Aachen Univ.-Prof. Dr. rer. nat. Hannes Klump Pauwelsstraße 30, 52074 Aachen <b>Blutbank</b> Ebene -1 Aufzug A4 Tel: 0241 / 80 89328, Fax: 0241 / 80 82 066		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 Zustand nach SZT <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein SZT wann? _____		Geburtsdatum		Station									
		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 Sind Transfusionsreaktionen bekannt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Rh-Prophylaxe <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Operation mit der Herz-Lungen-Maschine? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		Abnahme/Datum	Abnahme/Uhrzeit:	<b>Blutgruppe des Empfängers</b> AB0 Rh-Faktor									
		Wann werden die Produkte benötigt?	Datum:										
		<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> <table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>									
Diagnose / Transfusionsindikation:				K-Merkmal:									
Medikamente:													

Anzahl	<b>A = 7,5 ml Serum-Monovette B = 7,5 ml EDTA-Blut</b>	
	<b>Erythrozytenkonzentrat,</b> (Kreuzprobe) <b>Material B</b>	<input type="checkbox"/> AB0 Blutgruppenbestimmung, Rh-Merkmale, inkl. Antikörpersuchtest, K <b>Material B</b>

**Sollen die Blutprodukte bestrahlt werden?** ☐ Ja ☐ Nein

	<b>Thrombozytapheresekonzentrat</b> (telefonisch unter <b>36 173</b> anfordern)	<input type="checkbox"/> Direkter Antiglobulin (Coombs-)-Test <b>Material B</b>
	<input type="checkbox"/> <b>HLA-kompatibel</b>	<input type="checkbox"/> Indirekter Antiglobulin (Coombs-)-Test ggf. Antikörperdifferenzierung <b>Material B</b>
	<b>Gepooltes Thrombozytenkonzentrat</b> Fremdzukauf (telefonisch unter 36 173 anfordern)	<input type="checkbox"/> AB0i Isoagglutinationstiter <b>Material B</b>
	<b>Frischplasma</b> (telefonisch unter <b>89 328</b> 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	Datum		
					Blutgruppe	Rh-Faktor		
					Rh-Merkmale			
					K			
					DCT			
					Antikörpersuchtest:			
					ICT / ET 37°C			
					AKS 20°C			
					Unterschrift Facharzt der Transfusionsmed.		Unterschrift MTLA	

☐ Prof. Dr. rer. nat. Klump
 ☐ OÄ Dr. med. Wessiepe
 ☐ OÄ Dr.med. Elsherif
 ☐ OÄ Ammar
 ☐ \_\_\_\_\_

Die Blutprodukte wurden bis zur Abgabe entsprechend den gesetzlichen Vorgaben gelagert

Lager-Nr. 397A