

Bearbeitet:	Geprüft und freigegeben:
Am: 04.06.2025	Am: 01.10.2025
Von: Pritschau	Von: Dr. Wessiepe

Dokumentenliste: IN-TR-116 / K

Anforderungsschein Immunhämatologie

Diese IN gilt ab: 01.10.2025

Diese IN ersetzt die Version: J

Zielsetzung: Anforderungsschein Immunhämatologie

Verteiler:

1. Original: QMB
2. Intranet

Änderungshinweise:	04.06.2025: OA Dr. Krause und OA Dr. Larionov entfernt (J/K) 22.08.2022: Wechsel der Institutsleitung zum 01.10.2022, Prof. Dr. Klump, Änderung der Institutsbezeichnung: Transfusionsmedizin und Zelltherapeutika (I/J) 01.01.2021: Personaländerung, Neueinstellung OA Dr. Krause, Änderung ml- Angabe Nativblut (H/I) 15.07.2020: Personaländerung OA Dr. Strathmann ausgeschieden; FOÄ Dr. El Sherif hinzugefügt; Rh Prophylaxe mit OP Herz-Lungen- Maschine getauscht; Änderung der Abnahmeröhrchen (G/H) 10.12.2019: Personaländerung OA Dr. Angert ausgeschieden, Larionov am 01.01.2020 (F/G) 06.08.2018: Zusätzliche Zeile eingefügt für die Unterschrift der blutentnehmenden Person (E/F) 16.06.2015: EK auf Abruf rausgenommen, NTX-Titer geändert in AB0 Isoagglutinintiter, Facharztname eingefügt, Layout Änderung (D/E) 04.06.2012 / 15.03.2013: Änderung Layout, Ergänzung Geschlecht, HLA-kompatibel 20.04.2009: Entnahmedatum der Blutprobe eingefügt (A/B)
Mitgeltende Dokumente:	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 Blutbank 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 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		Abnahme/Datum	Abnahme/Uhrzeit:	Blutgruppe des Empfängers AB0 <input type="checkbox"/> Rh-Faktor				
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		Wann werden die Produkte benötigt? Notfall (werden die EK's sofort benötigt?) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> ungekreuzt		Rh-Merkmale <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> </div>				
Diagnose / Transfusionsindikation: Medikamente:								
Anzahl A = 7,5 ml Serum-Monovette B = 7,5 ml EDTA-Blut <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%; padding: 5px;"> Erythrozytenkonzentrat, (Kreuzprobe) </td> <td style="width: 30%; padding: 5px;"> Material B </td> <td style="width: 40%; padding: 5px;"> <input type="checkbox"/> AB0 Blutgruppenbestimmung, Rh-Merkmale, inkl. Antikörpersuchtest, K <input type="checkbox"/> Material B </td> </tr> </table>						Erythrozytenkonzentrat, (Kreuzprobe)	Material B	<input type="checkbox"/> AB0 Blutgruppenbestimmung, Rh-Merkmale, inkl. Antikörpersuchtest, K <input type="checkbox"/> Material B
Erythrozytenkonzentrat, (Kreuzprobe)	Material B	<input type="checkbox"/> AB0 Blutgruppenbestimmung, Rh-Merkmale, inkl. Antikörpersuchtest, K <input type="checkbox"/> Material B						
Sollen die Blutprodukte bestrahlt werden? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein								
Thrombozytapheresekonzentrat (telefonisch unter 36 173 anfordern)		<input type="checkbox"/> Direkter Antiglobulin (Coombs-) Test <input type="checkbox"/> Material B						
<input type="checkbox"/> HLA-kompatibel		<input type="checkbox"/> Indirekter Antiglobulin (Coombs-) Test ggf. Antikörperf differenzierung <input type="checkbox"/> Material B						
Gepooltes Thrombozytenkonzentrat Fremdzukauf (telefonisch unter 36 173 anfordern)		<input type="checkbox"/> AB0i Isoagglutinationstiter <input type="checkbox"/> Material B						
Frischplasma (telefonisch unter 89 328 anfordern, Auftaudauer ca. 30 min)		<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____						
Unterschrift/Name in Druckbuchst. der blutentnehmenden Person <input type="checkbox"/> Unterschrift / Namensstempel des anforderungsberechtigten Arztes						Protokollnummer (wird von Blutbank vergeben)		
Eigenblut:		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		