

Transfusionsmedizin UK Aachen

**Aufklärungsbögen
/ Anforderungsscheine**

IN-TR-117 /H

Seite 1 von 3 Seiten

Bearbeitet:

am: 18.02.2022

von: M. Barthelmös

Geprüft und freigegeben:

am: 22.02.2022

von: Dr. El Sherif

Dokumentenliste: IN-TR-117 /H

Anforderungsschein HLA-Labor

Diese IN gilt ab: 22.02.2022

Diese IN ersetzt die SOP: IN-TR-117/G

Zielsetzung: Anforderungsschein HLA-Labor

Verteiler:
1. Original: QMB
2. Intranet

Änderungshinweise:

22.02.2022 Anpassung der Struktur, Hinzufügen SZT als mögliche Transplantation, Thrombozyten-Crossmatch Ankreuzmöglichkeit hinzugefügt, CD-34 Messung nach unten platziert

24.04.2019 B27 serologisch fällt weg

30.05.2018: HPA-Allo-Antikörper fallen weg, abnehmende Person kommt dazu, Medizinische Validation kommt dazu

19.12.2016: Aufnahme HPA-Allo-Antikörper Luminex

Vordruck abgelegt unter: Sutter Doks / QM-Büro / QM-Büro / Anforderungsschein HLA

Lagernummer: 397 c / 16.04.2015: Änderung Räumlichkeit + erforderliches Material

Für die Patientenakte!

An die Transfusionsmedizin des Universitätsklinikums Aachen Akademische Direktorin: Dr. med. G. Hutschenreuter Pauwelsstraße 30 D – 52074 Aachen HLA Labor : Ebene 3, Flur 48, Raum 6 Tel.: 0241/ 80 88662 oder hausintern: 35331 Fax. 0241/ 80 82607 Von 07.30 -15.30 Uhr Materialannahme für HLA-Typisierung: Montag - Donnerstag 07.30-15.30 Uhr Freitags und vor Feiertagen bis 10.00 Uhr Materialannahme für Cross-Match: Montag-Freitag 07.30-14.00 Uhr				Anfordernde Klinik / Einsender:		Bei Cross-Match-Anforderung unbedingt ausfüllen!		
				Anspruchspartner / Telefon-Nr.: (bitte unbedingt angeben)		Telefon		
				Abnehmende Person: (Name in Druckbuchstaben und Unterschrift)		Fax		
				Probenentnahmedatum / Uhrzeit:		Spender-Nr/ Cross-Match-Material		
						ET-Nr. des Patienten		
Name, Vorname		Adressette (bitte auf alle Durchschläge)						
Geburtsdatum								
Ab 14:00-07.30 Uhr Werktags, Samstags, Sonntags und an Feiertagen ist ein Cross-Match im Blutbank-Labor anzumelden Ebene -1, Aufzug A4 Tel. 0241/ 80 89328 Fax:0241/80 82533		Geschlecht	Station					
		Straße	Tel.					
Hat der Patient bereits Transplantationen erhalten?		Ja		Nein				
Sind HLA-Antikörper bekannt?		Ja		Nein				
Sind Thrombozytäre Antikörper bekannt?		Ja		Nein				
		Wohnort						
		Kasse.						
Klinische Angaben/ Indikation/ Medikamente:								
(Namensstempel / Name in Druckbuchstaben und Unterschrift des anforderungsberechtigten Arztes)								
Organtransplantationen (obligatorische Untersuchungen)		Erforderliches Material	HLA-Typisierung molekularbiologisch (Hinweis: Einverständniserklärung nach Gendiagnostikgesetz bei krankheitsassoziierten Diagnosedstellungen erforderlich!)		Erforderliches Material			
Bitte telefonisch anmelden Niere: <input type="checkbox"/> Leber: <input type="checkbox"/> Herz: <input type="checkbox"/> SZT: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> andere TX: <input type="checkbox"/> A / B C / DR / DQ –Typisierung <input type="checkbox"/> Autocrossmatch bei autoreaktiven Antikörpern Vor Transplantation: <input type="checkbox"/> Screening auf zytotoxische Antikörper Gegen HLA-Klasse I Antigene (LCT) <input type="checkbox"/> Screening auf HLA-Antikörper gegen HLA-Klasse I u. II Antigene (Luminex)		2,5 ml EDTA-Blut 10 ml Heparin-Blut (50 IE / ml) 10 ml Serum-Monovette	<input type="checkbox"/> A/B-Typisierung <input type="checkbox"/> C-Typisierung <input type="checkbox"/> DR/DQ-Typisierung (Einverständniserklärung!) <input type="checkbox"/> A/B/C/DR/DQ Gesamttypisierung <input type="checkbox"/> B27-Typisierung (Einverständniserklärung!) <input type="checkbox"/> HPA-Typisierung		2,5ml EDTA 2,5ml EDTA 2,5ml EDTA 2,5ml EDTA 2,5ml EDTA 2,5ml EDTA			
Nach Transplantation: <input type="checkbox"/> Screening auf zytotoxische Antikörper gegen HLA-Klasse I Antigen (LCT) <input type="checkbox"/> Screening auf HLA-Antikörper gegen HLA-Klasse I u. II Antigene (Luminex)		10 ml Serum-Monovette	Crossmatch/ Testmethode LCT Niere: <input type="checkbox"/> Leber: <input type="checkbox"/> Herz: <input type="checkbox"/> SZT: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> andere TX: <input type="checkbox"/> Crossmatch vor Transplantation <input type="checkbox"/> Crossmatch nach Transplantation		Empfänger: 10 ml Serum-Monovette Spender: 20 ml Heparinblut (50 IE / ml) Milz ,Lymphknoten 10ml Heparinblut			
Thrombozyten-Crossmatch vor Thrombozytengabe								
<input type="checkbox"/> Thrombozytenkreuzprobe (MASPAT)		10 ml Serum-Monovette			10ml Heparinblut			
Datum _____		Begutachtet / Medizinische Validation _____		<input type="checkbox"/> Autocrossmatch bei autoreaktiven Antikörpern				
				10 ml Serum-Monovette 10 ml Heparinblut (50 IE / ml)				
				Stammzelllabor:				
				<input type="checkbox"/> CD-34-Messung				
				2,5 ml EDTA				
Stand: 22.02.2022 – IN-TR-117/H								