

<b>IN-TR-141/B</b> Transfusionsmedizin UK- Aachen	<b>Aufklärungsbögen / Anforderungsscheine</b>	<b>Seite 1 von 5</b>
Erstellt am: 03.09.2014 Dr. Hutschenreuter		Freigegeben durch Bereichsleiter am: 03.09.2014 Dr. Strathmann

## Dokumentenliste: IN-TR-141 / B

### Anforderungsschein – Anamnese- Spende beurteilungsbogen/therapeutische Leukapherese

**Dieses FB gilt ab:** 03.09.2014

**Diese FB ersetzt  
die Version:** IN-TR-141/A

**Zielsetzung:** Anforderungsschein – Anamnese-  
Spende beurteilungsbogen/therapeutische Leukapherese

**Verteiler:**

1. Original: QMB
2. Intranet

**Änderungshinweise:** Aktualisierung des Dokuments

<b>IN-TR-141/B</b> Transfusionsmedizin UK- Aachen	<b>Aufklärungsbögen / Anforderungsscheine</b>	<b>Seite 2 von 5</b>
Erstellt am: 03.09.2014 Dr. Hutschenreuter		Freigegeben durch Bereichsleiter am: 03.09.2014 Dr. Strathmann



Klinikdirektor, Akad. Direktorin  
 Dr. med. Gabriele Hutschenreuter  
 Dienstarzt: Dect: 36173  
 OA Dr. K. Strathmann: Dect: 35332

**Anforderung zur therapeutischen Leukapherese**

**Patient:** Name, Vorname, Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Adresse, Versicherung: \_\_\_\_\_

Konservennummer: \_\_\_\_\_

**Anzahl** der angeforderten Präparate/therapeutische Dosis \_\_\_\_\_

**Diagnose:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Aktuelle Laborparameter:**

Leukozyten	Hb	Thrombozyten	PTT	Quick	Kalzium

**Ansprechpartner der anfordernden Klinik:**

- Arzt, Telefon, Funk: \_\_\_\_\_

- Datum, Unterschrift des anfordernden Arztes/Klinik: \_\_\_\_\_

<b>IN-TR-141/B</b> Transfusionsmedizin UK- Aachen	<b>Aufklärungsbögen / Anforderungsscheine</b>	<b>Seite 3 von 5</b>
Erstellt am: 03.09.2014 Dr. Hutschenreuter		Freigegeben durch Bereichsleiter am: 03.09.2014 Dr. Strathmann

## Spendetauglichkeitsbeurteilung zur therapeutischen Leukapherese

### Patient:

Name, Vorname, Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Anfordernde Klinik: \_\_\_\_\_

Versicherungsstatus: \_\_\_\_\_

### Aktuelle Laborparameter:

Leukozyten	Hb	Thrombozyten	PTT	Quick	Kalzium

**Diagnose:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Anamnese:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Medikamente:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Beabsichtigter Zugang:** peripher       Zentral

### **Untersuchungsbefund:**

Größe: \_\_\_\_\_ cm,    Gewicht: \_\_\_\_\_ kg,    RR: \_\_\_\_\_ mmHg,    Puls: \_\_\_\_\_ /min,    Temp.: \_\_\_\_\_ °C

**Kopf** (ZNS, Augen, Ohren, Mundhöhle):

**Hals** (Schilddrüse, Lymphknoten):

**Thorax** (Herz, Lunge):

**Abdomen** (Leber, Milz, Nieren):

**Extremitäten** (Gefäße, Lymphknoten):

**Psychischer Zustand:**

<b>IN-TR-141/B</b> Transfusionsmedizin UK- Aachen	<b>Aufklärungsbögen / Anforderungsscheine</b>	<b>Seite 4 von 5</b>
Erstellt am: 03.09.2014 Dr. Hutschenreuter		Freigegeben durch Bereichsleiter am: 03.09.2014 Dr. Strathmann

**Sonstiges / Besonderheiten:**

Der o.g. Patient ist für die Durchführung der therapeutischen Leukapherese unter Berücksichtigung

seines Krankheitszustandes spendetauglich. Ja  nein

Es bestehen aus meiner Sicht keine Gründe, die eine therapeutische Leukapherese ausschließen würden.

Datum, Unterschrift des behandelnden Arztes der Klinik: \_\_\_\_\_

Datum, Unterschrift des Arztes der Transfusionsmedizin: \_\_\_\_\_

<b>IN-TR-141/B</b> Transfusionsmedizin UK- Aachen	<b>Aufklärungsbögen / Anforderungsscheine</b>	<b>Seite 5 von 5</b>
Erstellt am: 03.09.2014 Dr. Hutschenreuter		Freigegeben durch Bereichsleiter am: 03.09.2014 Dr. Strathmann

## Therapeutische Leukapherese Beurteilungsbogen/Folgespende

Aufkleber/Patientendaten/Konservenummer

### Aktuelle Laborparameter:

Leukozyten	Hb	Thrombozyten	PTT	Quick	Kalzium

**Sind nach der Leukapherese zusätzliche Krankheiten**

<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
-----------	-------------

**(Beschwerden) aufgetreten (z.B. Fieber, Durchfall, Infektionskrankheiten...)?**

Wenn ja,

welche? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Wurde die Medikation verändert?**

<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
-----------	-------------

Wenn ja,

wie? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Wurde die letzte Leukapherese gut vertragen?**

<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
-----------	-------------

**Wenn nein, welche Beschwerden?**

Grunderkrankung des Patienten:

RR/Puls vor Leukapherese:

**Der Patient ist**       **spendefähig**

**nicht spendefähig, weil:**

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum/Uhrzeit

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des(r) behandelnden Arztes / Ärztin

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum/Uhrzeit

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Ärztin / Arzt Transfusionsmedizin