

# Transfusionsmedizin UK Aachen

## Aufklärungsbögen / Anforderungsscheine

IN-TR-150 / B

Seite 1 von 4 Seiten

**Erstellt:**

**Geprüft und freigegeben:**

am: 28.11.2016

am: 01.12.2016

von: Dr. Strathmann

von: Dr. Angert

### Dokument: IN-TR-150 / B

#### Anforderung, aktuelle Spendetauglichkeitsbeurteilung/Voruntersuchung, Lymphozyten

**Diese IN gilt ab:** 05.12.2016

**Diese IN ersetzt  
die Version:** IN-TR-150 / A

**Zielsetzung:** Anforderung, aktuelle Spendetauglichkeitsbeurteilung/  
Voruntersuchung, Lymphozyten

**Verteiler:**  
1. Original: QMB  
2. Intranet

**Änderungshinweise:** 28.11.2016: CMV-PCR hinzugefügt

**Anforderung für ein Lymphozytenpräparat**

**Spender:** Name, Vorname, Geb.-Datum: \_\_\_\_\_  Registerspender  
Adresse, Versicherung: \_\_\_\_\_ Reg.-ID: \_\_\_\_\_  
Konservenummer: \_\_\_\_\_  Verwandtenspender

**Empfänger:** Name, Vorname, Geb.-Datum: \_\_\_\_\_  
Adresse, Versicherung: \_\_\_\_\_

**Anzahl** der angeforderten Präparate \_\_\_\_\_ Präparat(e)  
mit mindestens jeweils \_\_\_\_\_ 1-2 x 10<sup>8</sup>/kg Körpergewicht/Empfänger

**Prozedere:**

G-CSF-Gabe beim Spender zuletzt am \_\_\_\_\_  
Konditionierung des Empfängers zuletzt am \_\_\_\_\_  
Lymphozytentransfusion geplant am \_\_\_\_\_  
Lymphozytapherese geplant am \_\_\_\_\_

**Erforderliche Unterlagen:**

- vollständige HLA-Typisierung (Klasse I und II) Empfänger und Spender
- aktuelle Infektionsserologie Empfänger und Spender   
HBs-Ag, Anti-HBc, HBV-PCR, Anti-HCV, HCV-PCR, Anti-HIV-I/II, HIV-PCR  
Lues-Diagnostik, Anti-HTLV-I/II-AK, CMV-PCR, Anti-CMV-IgG und -IgM, HAV-PCR,  
Parvovirus B19-PCR, Toxoplasmose-IgG u. IgM, EBV-IgG u. IgM
- ABO, Rh-Formel, K-Merkmal, Antikörpersuchtest Empfänger und Spender
- Laborwerte: Differenzialblutbild, CRP, GOT, Gamma-GT, GPT, Natrium, Empfänger und Spender   
Kalium, Kalzium, Gesamteiweiß, Kreatinin, Harnstoff, Harnsäure,  
Quick, aPTT, Thrombinzeit, Fibrinogen, Ferritin, LDH, AP,  
Bilirubin gesamt, Protein-Elektrophorese, TSH, Blutzucker
- ggf. aktuelles Ruhe-EKG, ggf. aktuelle Abdomen-Sonographie/Milz, Spender/Voruntersuchung   
ggf. aktueller Röntgenthorax,

**Ansprechpartner der anfordernden Klinik:**

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

# Spendetauglichkeitsuntersuchung/-beurteilung zur Lymphozytapherese/Voruntersuchung

## Spender:

Name, Vorname, Geb.-Datum: \_\_\_\_\_  Registerspender  
Adresse, Versicherung: \_\_\_\_\_ Reg.-ID: \_\_\_\_\_  
Konservenummer: \_\_\_\_\_  Verwandtenspender

## Untersuchungsbefund:

Größe: \_\_\_\_\_ cm, Gewicht: \_\_\_\_\_ kg, RR: \_\_\_\_\_ mmHg, Puls: \_\_\_\_\_/min

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

**Hals** (Schilddrüse, Lymphknoten) :

**Thorax** (Herz, Lunge):

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

**Extremitäten** (Gefäße, Lymphknoten) :

## Psychischer Zustand:

### Erforderliche Unterlagen vorhanden:

- vollständige HLA-Typisierung (Klasse I und II) Empfänger und Spender
- aktuelle Infektionsserologie Empfänger und Spender   
HBs-Ag, Anti-HBc, HBV-PCR, Anti-HCV, HCV-PCR, Anti-HIV-I/II, HIV-PCR  
Lues-Diagnostik, Anti-HTLV-I/II-AK, CMV-PCR, Anti-CMV-IgG und -IgM, HAV-PCR,  
Parvovirus B19-PCR, Toxoplasmose-IgG u. IgM, EBV-IgG u. IgM
- ABO, Rh-Formel, K-Merkmal, Antikörpersuchtest Empfänger und Spender
- Laborwerte: Differenzialblutbild, CRP, GOT, Gamma-GT, GPT, Natrium, Empfänger und Spender   
Kalium, Kalzium, Gesamteiweiß, Kreatinin, Harnstoff, Harnsäure,  
Quick, aPTT, Thrombinzeit, Fibrinogen, Ferritin, LDH, AP,  
Bilirubin gesamt, Protein-Elektrophorese, TSH, Blutzucker
- ggf. aktuelles Ruhe-EKG, ggf. aktuelle Abdomen-Sonographie/Milz, Spender/Voruntersuchung   
ggf. aktueller Röntgenthorax, ggf. Lungenfunktionsprüfung

**Beabsichtigter Zugang:** Shaldon-Katheter  peripher  ZVK + peripher   
Die Spendetauglichkeit zur Lymphozytapherese ist gegeben  ja  nein

Datum, Unterschrift, Arzt Blutspendedienst: \_\_\_\_\_

# Spendetauglichkeitsuntersuchung/-beurteilung Lymphozytapherese, aktuelle Spendetauglichkeit

## Spender:

Name, Vorname, Geb.-Datum: \_\_\_\_\_  Registerspender  
Adresse, Versicherung: \_\_\_\_\_ Reg.-ID: \_\_\_\_\_  
Konservenummer: \_\_\_\_\_  Verwandtenspender

Sind bei Ihnen seit der Voruntersuchung am \_\_\_\_\_ Beschwerden, Krankheiten aufgetreten, z. B. Fieber, Durchfall, Infektionskrankheiten, Müdigkeit, Kopfschmerzen, Nachtschweiß, Schlaflosigkeit, Schwindel, Steifigkeit, Knochenschmerzen, Übelkeit, Halsschmerzen, Schmerzen an der Entnahmestelle?

ja  nein

Waren Sie seit der letzten Voruntersuchung in ärztlicher Behandlung?  ja  nein

Wenn ja, warum? \_\_\_\_\_

Haben Sie Medikamente eingenommen?  ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

## Aktueller Untersuchungsbefund:

Größe: \_\_\_\_\_ cm, Gewicht: \_\_\_\_\_ kg, RR: \_\_\_\_\_ mmHg, Puls: \_\_\_\_\_/min

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

**Hals** (Schilddrüse, Lymphknoten) :

**Thorax** (Herz, Lunge):

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

**Extremitäten** (Gefäße, Lymphknoten) :

**Psychischer Zustand:**

## Sonstiges / Besonderheiten:

Die Erforderlichen Unterlagen, siehe Voruntersuchung liegen alle vor  ja  nein

**Nachfolgende Untersuchungen** wurden anl. der aktuellen Spende erneut veranlaßt:  ja  nein

● aktuelle Infektionsserologie  Spender

HBs-Ag, Anti-HBc, HBV-PCR, Anti-HCV, HCV-PCR, Anti-HIV-I/II, HIV-PCR

Lues-Diagnostik, Anti-HTLV-I/II-AK, CMV-PCR, Anti-CMV-IgG und -IgM, HAV-PCR, Parvovirus B19-PCR, Toxoplasmose-IgG u. IgM, EBV-IgG u. IgM

● ABO, Rh-Formel, K-Merkmal, Antikörpersuchtest  Spender

● Laborwerte: Differenzialblutbild, CRP, GOT, Gamma-GT, GPT, Natrium,  Spender

Kalium, Kalzium, Gesamteiweiß, Kreatinin, Harnstoff, Harnsäure, Quick, aPTT, Thrombinzeit, Fibrinogen, Ferritin, LDH, AP, Bilirubin gesamt, Protein-Elektrophorese, TSH, Blutzucker

Die Spendetauglichkeit zur Lymphozytapherese ist gegeben  ja  nein

Datum, Unterschrift, Arzt Blutspendedienst: \_\_\_\_\_