

Transfusionsmedizin UK Aachen

Aufklärungsbögen / Anforderungsscheine

IN-TR-150 / G

Seite 1 von 6 Seiten

Erstellt:

Geprüft und freigegeben:

am: 14.04.2021

am: 15.04.2021

von: Dr. Krause

Von : Dr. Wessiepe

Dokument: IN-TR-150 / G

**Anforderung, aktuelle
Spendetauglichkeitsbeurteilung/Voruntersuchung, Lymphozyten
allogen, auch zur Weiterverarbeitung zu ATMP**

Diese IN gilt ab: 15.04.2021

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

Zielsetzung: Anforderung, aktuelle Spendetauglichkeitsbeurteilung/
Voruntersuchung, Lymphozyten

Verteiler:

1. Original: QMB
2. Intranet
3. per Mail an Med IV, Kinderklinik

Änderungshinweise:	14.04.2021: Überarbeitung; Aktualisierung, auch zur Weiterverarbeitung zu ATMP
	22.02.2021: Verteiler geändert, per Mail an Med IV und Kinderklinik
	10.12.2021: Neueinstellung OA Dr. U. Krause / Leitung Arzneimittelherstellung Stammzellbereich
	23.07.2020: Einfügen Parvovirus-B19-PCR, Einfügen Seitenzahl
	07.07.2020: Ausscheiden Dr. Strathmann zum 01.07.2020
	28.11.2016: CMV-PCR hinzugefügt

Anforderung für ein Lymphozytenpräparat

Empfänger: Name, Vorname, Geb.-Datum: _____

Adresse, Versicherung: _____

Grunderkrankung: _____

Gewicht: _____

angeforderte Zellzahl: mindestens _____ x 10⁸ WBC gesamt **oder**
 mindestens _____ x 10⁸ CD3+ Zellen gesamt

Spender: Familienspender _____ (Name, Vorname, Geburtsdatum)

Registerspender _____ (GRID)

Erste Lymphozytentransfusion geplant am: _____

Gewünschte Portionierung (Anzahl Portionen in Abhängigkeit von der gesammelten Zellzahl):

Portion	CD3+ x 10 ⁶ / kg KG
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	

Ansprechpartner der anfordernden Klinik:

- Arzt, Telefon, Funk: _____

- Datum, Unterschrift des anfordernden Arztes/Klinik: _____

Anforderung für ein Lymphozytenpräparat zur Weiterverarbeitung ATMP

Empfänger: Name, Vorname, Geb.-Datum: _____

Adresse, Versicherung: _____

Grunderkrankung/ Indikation: _____

Körpergewicht: _____

Vorgesehenes Präparat: _____

angeforderte Zellzahl: mindestens _____ x 10⁸ WBC gesamt **oder**

mindestens _____ x 10⁸ CD3+ Zellen gesamt

Spender: Familienspender _____ (Name, Vorname, Geburtsdatum)

Registerspender _____ (GRID)

Third-Party-Spender erforderlich

ATMP-Gabe geplant am _____

Lymphozytapherese geplant am _____

Ansprechpartner der anfordernden Klinik:

- Arzt, Telefon, Funk: _____

-

- Datum, Unterschrift des anfordernden Arztes/Klinik: _____

Spendetauglichkeitsuntersuchung/-beurteilung zur Lymphozytapherese/Voruntersuchung

Spender:

Familienspender _____ (Name, Vorname, Geburtsdatum/ ggf. GRID))

Registerspender _____ (Name, Vorname, Geburtsdatum/ GRID)

Third-Party-Spender _____ (Name, Vorname, Geburtsdatum/ Spender-
nummer))

Adresse, Versicherung: _____

Untersuchungsbefund:

Größe: _____ cm, Gewicht: _____ kg, RR: _____ mm Hg, 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/ veranlasst:

● vollständige HLA-Typisierung (Klasse I und II) Empfänger und Spender

● aktuelle Infektionsserologie Spender

HBs-Ag, Anti-HBc, HBV-PCR, Anti-HCV, HCV-PCR, Anti-HIV-1/2, HIV-PCR, HEV-PCR

Lues-Diagnostik, Anti-HTLV-I/II-AK, Anti-CMV-IgG und -IgM, CMV-PCR*, HAV-PCR,

Toxoplasmose-IgG u. IgM, EBV-IgG u. IgM, EBV-PCR*, ggf. West-Nil-Virus-PCR, Parvovirus-B-19-PCR

*(bei positivem Antikörperbefund)

● ABO, Rh-Formel, K-Merkmal, Antikörpersuchtest Empfänger und 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

● ggf. aktuelles Ruhe-EKG, aktuelle Abdomen-Sonographie/Milz, Spender/Voruntersuchung

ggf. aktueller Röntgenthorax, ggf. Lungenfunktionsprüfung

Beabsichtigter Zugang: peripher ZVK + peripher

Die Spendetauglichkeit zur Lymphozytapherese ist gegeben ja nein

Datum, Unterschrift, Arzt Aphereseinheit: _____

Spendetauglichkeitsuntersuchung/-beurteilung Lymphozytapherese, Spendetag

Spender:

- Familienspender _____ (Name, Vorname, Geburtsdatum/ ggf. GRID)
- Registerspender _____ (Name, Vorname, Geburtsdatum/ GRID)
- Third-Party-Spender _____ (Name, Vorname, Geburtsdatum/ Spender-
nummer)

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: _____ mm Hg, 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: HBs-Ag, Anti-HBc, HBV-PCR, Anti-HCV, HCV-PCR, Anti-HIV-1/2, HIV-PCR, HEV-PCR, Lues-Diagnostik, Anti-HTLV-I/II-AK, Anti-CMV-IgG und -IgM, CMV-PCR*, HAV-PCR, Toxoplasmose-IgG u. IgM, EBV-IgG u. IgM, EBV-PCR*, West-Nil-Virus-PCR, Parvovirus-B-19-PCR; *(bei positivem Antikörperbefund)

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

● Laborwerte: Differenzialblutbild, CRP, GOT, Gamma-GT, GPT, Natrium, 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 der Aphereseeinheit: _____