

Institut Cottbus
Thiemstraße 105
03050 Cottbus
Tel.: 0355 4995-167
Fax: 0355 4995-178
Institutsleiterin:
OÄ Irene Sopivnik
Laborleiterin:
OÄ Irene Sopivnik



!Y27670400300387

Auftragsnummer / Probenerfassung

Für Patient: (Name, Vorname, Geburtsdatum)

Einsender (Stempel der Einrichtung)

Geschlecht:

männlich

weiblich

Diagnose _____

Blutgruppe _____

Bekannte Antikörper _____

Medikamente _____

	ja	nein
Vortransfusion:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wenn ja, zuletzt:	_____	_____
Schwangerschaft:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wenn ja, zuletzt:	_____	_____
Gerinnungshemmer:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
allogene Stammzelltransplantation:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Material: EDTA-Blut Nativ-Blut Nabelvenenblut

Falls nicht anders angegeben bitte 8 ml EDTA-Blut einsenden!

Dringlichkeit der Anforderung: Routine CITO/Notfall*

*(bitte telefonische Anmeldung)

Gewünschte Untersuchung (Bitte deutlich ankreuzen!):

- Blutgruppe (ABO, Rh-Formel, Kell) und Antikörpersuchtest
- Blutgruppe (ABO, Rh-Faktor D) und Antikörpersuchtest
- Rh-Faktor-Bestimmung (weak D, partial D)
- weitere Blutgruppenantigene: _____
- Antikörperdifferenzierung; ggf. mit Antikörpertiter
- Kontrolle Immunprophylaxe
- Direkter Antihumanglobulintest (DAT) (5 ml EDTA-Blut)
- Abklärung eines positiven DAT (5 ml EDTA-Blut)
- Antikörper-Elution/-Absorption (20 ml EDTA-Blut und 10 ml Nativblut)
- Nachweis von Kälteagglutininen, Kryoglobulinen
- Nothilfepass

molekularbiologische Abklärung (EDTA-Blut)

- ABO Rh-Formel
- Rh-Faktor D (weak D, partial D)
- weitere Antigene: _____

Sonstiges: _____

Kreuzprobe für Erythrozytenkonzentrate (serologische Verträglichkeitsprobe)

Anzahl:

CMV neg. bestrahlt

Transfusion geplant am: _____

(Die Verträglichkeitsprobe ist nach dem Abnahmetag noch 3 Tage gültig.)

Uhrzeit: _____

Lieferung am: _____

- auf Abruf
- per Verteiler/Tour
- per Stadtbote/Kurier
- Selbstabholung/Taxi

Dringlichkeitsvermerk: Routine sofort **„Ungekreuzt“ ****

** Hiermit bestätige ich, dass die Konservenausgabe vor Abschluss der serologischen Verträglichkeitsprobe lebensnotwendig ist!

Datum und Uhrzeit der Blutentnahme

Blutentnahme durchgeführt Unterschrift

Blutröhrchen ist beschriftet, Identität wird bescheinigt.
Unterschrift und Stempel des Arztes

Achtung: Auch außerhalb der regulären Dienstzeit eintreffende Blutproben werden im Bedarfsfall sofort untersucht. Hierzu ist ein Dringlichkeitsvermerk erforderlich.
Zum Ausgleich der entstehenden Mehrkosten wird eine Zuschlagsgebühr entsprechend der Preisliste erhoben.