



Praxis für Transfusionsmedizin

Prof. Dr. med. Jürgen Ringwald
 Facharzt für Transfusionsmedizin
 Hamburger Straße 24, 22952 Lütjensee
 Tel.: 04154 8073-2110/-2918, Fax: 04154 8073-2119

Praxis für Transfusionsmedizin

Prof. Dr. med. Jürgen Ringwald
 Facharzt für Transfusionsmedizin
 Rote-Kreuz-Weg 5, 24837 Schleswig
 Tel.: 04621 9674-2199/-2114, Fax: 04621 9671-30

Auftragsnummer/Probenerfassung

Für Patient: (Name, Vorname, Geburtsdatum)

Einsender (Stempel der Einrichtung)

Geschlecht:

männlich weiblich divers

Diagnose(n): _____

Blutgruppe (falls bekannt): _____

Irreg. Antikörper (falls bekannt): _____

Transfusionsmed. relevante Medikamente:

(z.B. Daratumumab, hochdosierte i.v. IgG und Beta-Laktam Antibiotika)

Falls Daratumumab-Therapie:

Wann geplant bzw. bis wann zuletzt?

Material: EDTA-Blut Nabelvenenblut

Falls nicht anders angegeben, bitte 10 ml EDTA-Blut einsenden!

ja nein

Vortransfusion:

Wenn ja, zuletzt: _____

Schwangerschaften:

Wenn ja, zuletzt: _____

Falls aktuell, bitte SSW: _____

Anti-D-Prophylaxe:

Wenn ja, wann: _____

Geplante bzw. Z.n. allogener/auto-
 loger Stammzelltransplantation:

Wenn ja, wann: _____

Gewünschte Laboruntersuchung

Dringlichkeit der Anforderung: Routine CITO/Notfall (bitte telefonische Anmeldung)

- Blutgruppe (AB0, Rh-Formel, Kell) und Antikörpersuchtest
- Blutgruppe (AB0, RhD) und Antikörpersuchtest
- RhD Bestimmung
- weitere Blutgruppenantigene: _____
- Antikörperdifferenzierung; ggf. mit Antikörpertiter
- Direkter Antihumanglobulintest (DAT) (5 ml EDTA-Blut)
- Abklärung eines positiven DAT (5 ml EDTA-Blut)
- Antikörper-Elution/-Absorption (20 ml EDTA-Blut)
- Nachweis von Kälteantikörpern
- Nothilfepass
- Sonstiges: _____

molekularbiologische Abklärung

ABO Rh-Formel

RhD (weak D, partial D)

weitere BG-Antigene: _____

Bemerkungen (nur vom DRK-BSD auszufüllen)

Blutprodukte

- Erythrozytenkonzentrat **Anzahl:**
- (inkl. serologische Verträglichkeitsprobe/ Kreuzprobe)
- Thrombozytenkonzentrat aus Apherese **Anzahl:**
- Thrombozytenkonzentrat gepoolt **Anzahl:**
- Gefrorenes Frischplasma (GFP), quarantänelagert **Anzahl:**

ungekreuzt* CMV neg. bestrahlt

HLA ausgewählt CMV neg. bestrahlt

CMV neg. bestrahlt

* Hiermit bestätige ich, dass die Ausgabe der Erythrozytenkonzentrate vor der serologischen Verträglichkeitsprobe lebensnotwendig ist!

Transfusion geplant am: _____ **Uhrzeit:** _____

Lieferung am _____

auf Abruf

(Gültigkeit der Verträglichkeitsprobe: Tag der Blutentnahme plus 3 Tage)

per Verteilertour

Dringlichkeit der Lieferung der Blutprodukte: Routine sofort

Selbstabholung/Taxi

Datum und Uhrzeit der Blutentnahme

Unterschrift der abnehmenden Person
 (falls nicht mit anforderndem Arzt (m/w/d) identisch)

Blutröhrchen ist beschriftet, Identität wird bescheinigt.
 Unterschrift und Stempel des Arztes (m/w/d)