

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

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 10 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
- Sonstiges: _____
- Kreuzprobe für Erythrozytenkonzentrate (serologische Verträglichkeitsprobe)

- molekularbiologische Abklärung (EDTA-Blut)
 - ABO Rh-Formel
 - Rh-Faktor D (weak D, partial D)
 - weitere Antigene: _____

Bemerkungen (nur vom BSD auszufüllen)

Anzahl: CMV neg. bestrahlt

Transfusion geplant am: _____
 (Die Verträglichkeitsprobe ist nach dem Abnahmetag noch 72 Stunden gültig.)

Uhrzeit: _____

Lieferung am: _____

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

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

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

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.