

Immunhämatologisches Labor
Begleitschein für Bluteinsendungen
Anforderung von Blutprodukten



**Deutsches
Rotes
Kreuz**

DRK-Blutspendedienst Nord-Ost
gemeinnützige GmbH
Berlin | Brandenburg | Hamburg
Sachsen | Schleswig-Holstein



Auftragsnummer/Probenerfassung

Praxis für Transfusionsmedizin
Prof. Dr. med. Jürgen Ringwald
Facharzt für Transfusionsmedizin
Hamburger Straße 24, 22952 Lütjensee
Tel.: 04154 8073-2110/-2918, Fax: 04154 8073-2619

Patient: (Name, Vorname, Geburtsdatum) m w divers

Einsender (Stempel der Einrichtung)

Diagnose(n): _____

Weitere klinische Angaben
(z.B. aktuelle Hämolyse, Gammopathie) _____

Blutgruppe (falls bekannt): _____

Auffällige blutgruppenserologische Befunde
(z. B. irreg. Antikörper) _____

Transfusionsmed. relevante Medikamente:
(z.B. Daratumumab, Isatuximab, hochdosierte i.v. IgG und Beta-Laktam Antibiotika) _____

Falls Daratumumab/ Isatuximab-Therapie: Wann geplant bzw. wann zuletzt? _____

Material: 7,5 - 10 ml EDTA-Blut Nabelvenenblut

Gewünschte Laboruntersuchung:

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

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

molekularbiologische Abklärung:

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

Bemerkungen (nur vom DRK-BSD auszufüllen)

Blutprodukte:

Anzahl **Erythrozytenkonzentrat (EK)** (inkl. serologische Verträglichkeits- / Kreuzprobe) CMV-negativ bestrahlt

Anzahl **Thrombozytenkonzentrat (TK)** CMV-negativ bestrahlt HLA ausgewählt*
(*nur nach Rücksprache bei Apherese-TK) gepoolt Apherese

Anzahl **Gefrorenes Frischplasma (GFP) /
Therapeutisches Plasma**

Transfusion geplant am: _____ **Uhrzeit:** _____ **Lieferung am** _____ per Verteilertour sofort
(Gültigkeit der Verträglichkeitsprobe: Tag der Blutentnahme plus 3 Tage) Selbstabholung/Taxi auf Abruf

Datum und Uhrzeit der Blutentnahme

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

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