

Immunhämatologisches Labor

Begleitschein für Bluteinsendungen

Anforderung von Blutprodukten



Deutsches
Rotes
Kreuz

DRK-Blutspendedienst Nord-Ost

gemeinnützige GmbH

Berlin | Brandenburg | Hamburg
Sachsen | Schleswig-Holstein



!Y27670400300387

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

Auftragsnummer/Probenerfassung

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 (ABO, Rh-Formel, Kell) und Antikörpersuchtest
- Blutgruppe (ABO, 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)

gepoolt Apherese

CMV-negativ

bestrahlt

HLA ausgewählt*

(*nur nach Rücksprache bei Apherese-TK)

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)