

Bei externer Klinik: hier Klinikstempel

Institut für Klinische Transfusionsmedizin und Zelltherapie Heidelberg gemeinnützige GmbH

Ein Gemeinschaftsunternehmen des DRK-Blutspendedienstes Baden-Württemberg - Hessen gemeinnützige GmbH und des Universitätsklinikums Heidelberg AöR

Geschäftsführer: Prof. Dr. med. S. Meuer, Diplom-Volkswirt M. Stähle
Sitz der Gesellschaft: Heidelberg Registergericht: Amtsgericht Mannheim, HRB 337919

Im Neuenheimer Feld 305
69120 Heidelberg

Homepage: www.iktz-hd.de

Tel. (0 62 21) 56 - 40 40, Fax (0 62 21) 56 - 40 30

Auftrag Immuhämatologie/Blutbank

Station/
Ambulanz

Telefon

Fax

Datum/Uhrzeit der Probenentnahme

Falls ohne Aufdruck/(Etikett) handschriftliche Angaben!
Patientendaten mit Pat.-Adresse, Geschlecht, Klinik, Station/Arztpraxis

Regelleistung Wahlleistg. Arzt Adr. Privat-Patient/Selbstzahler

Wichtig: Klinische Diagnose/Fragestellung/besondere Wünsche <input type="checkbox"/> Duplikat an	Unterschrift bei Probenentnahme für Richtigkeit und Pat. Identität	Arzt-Unterschrift für Blutkonserven-Verschreibung ggf. für Extra-Transport
Bei Anforderung von Blutkonserven sind beide Unterschriften erforderlich.		

Blutgruppe Patient (soweit bekannt) Bekannte irreguläre Antikörper:	Mutter-Kind-Angaben <input type="checkbox"/> Mutterschaftsvorsorge <input type="checkbox"/> Ungeborenes <input type="checkbox"/> Rh-Prophylaxe Zeitpunkt: _____ Blutgruppe der Mutter: _____ <input type="checkbox"/> Früh-/ Neugeborenenregelung: <input type="checkbox"/> SSW <input type="checkbox"/> aktuelles Gewicht _____	
--	---	--

Vortransfusionen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja: wann/wievieler? _____	Allogene Stammzell-Transplantation: ja <input type="checkbox"/> Wann: _____ Blutgruppe Spender: _____
---	---

Konservenanforderung (Tel. (062 21) 56-40 40, Fax (062 21) 56-40 30)

Erythrozytenkonzentrat (EK) <input type="checkbox"/> Probe für telefonische Bestellung (4 Tage) ohne sofortige Bearbeitung Anzahl _____ Lieferdatum/Uhrzeit _____ an Station/OP/Praxis _____ und/oder Anzahl _____ <input type="checkbox"/> (gekreuzt) bereit in Blutbank <input type="checkbox"/> zusätzl. Lieferdatum _____ an _____ <input type="checkbox"/> AKUTER NOTFALL: Ausgabe ungekreuzt <input type="checkbox"/> DRINGEND: gekreuzt, Ausgabe innerhalb 60 Minuten	Gefrorenes Frischplasma (GFP) <input type="checkbox"/> gefroren Anzahl _____ Lieferdatum/Uhrzeit _____ an Station/OP/Praxis _____ und/oder <input type="checkbox"/> aufgetaut Anzahl _____ Lieferdatum/Uhrzeit _____ an Station/OP/Praxis _____
---	--

Eigenblut EK Anzahl _____ Lieferdatum/Uhrzeit _____ an Station/OP/Praxis _____ GFP <input type="checkbox"/> gefroren Anzahl _____ Lieferdatum/Uhrzeit _____ an Station/OP/Praxis _____ <input type="checkbox"/> aufgetaut	Thrombozytenkonzentrat (TK) Anzahl _____ Lieferdatum/Uhrzeit _____ an Station/OP/Praxis _____ <input type="checkbox"/> Apherese <input type="checkbox"/> Pool <input type="checkbox"/> HLA ausgewählt (nur nach vorheriger Anmeldung in der Blutspendezentrale, Tel. 06221-6505122)
---	---

Besondere Anforderungsbedingungen
 Bestrahlt 50 ml 100 ml Anti-CMV negativ Blaulicht-Transport (nur für Altklinikum und externe Kliniken)

Abklärung Transfusionsreaktion Einsendung von 9 ml EDTA-Blut (bei Erwachsenen), zusammen mit Meldebogen *Transfusionsreaktion* (www.iktz-hd.de)

Blutgruppenserologische Untersuchungen <input type="checkbox"/> Blutgruppenbestimmung <input type="checkbox"/> Direkter Coombs-Test <input type="checkbox"/> Rhesusformelbestimmung <input type="checkbox"/> Wärme-Autoagglutinine <input type="checkbox"/> Antikörpersuchtest (Indirekter Coombs-Test) <input type="checkbox"/> Kälte-Autoagglutinine <input type="checkbox"/> Titerkontrolle <input type="checkbox"/> Donath-Landsteiner Antikörper <input type="checkbox"/> Isoagglutinin-Titer <input type="checkbox"/> Immun Anti-A, Anti-B	Diagnostik Thrombozytenantikörper (Tel. 3 78 23) Diagnostik Heparin-induzierte Thrombozytopenie Typ II (HIT): (Material: 9 ml Vollblut ohne Zusätze) <input type="checkbox"/> Nachweis Heparin-PF4-Antikörper Thrombozytenzahl: _____ <input type="checkbox"/> Weiterführende Diagnostik (Versanduntersuchung, Rechnung an anfordernde Stelle) Vor Heparingabe _____ aktuell: _____ Thrombozytenallo-/autoantikörper: (Material: 9 ml Nativblut und 9 ml EDTA-Blut) <input type="checkbox"/> Diagnostik zur Versendung in externes Labor
--	--