

**Anmeldung von Patienten zur Versorgung mit HLA-kompatiblen
Thrombozytenkonzentraten aus Apherese**

Name: _____ Vorname: _____ geb.:/...../.....

wohnhaft (Straße, Ort): _____ Fallnummer: _____

Diagnose:

Klinik und Station: _____ Tel.: _____

zuständiger Arzt: _____ Tel.: _____

Patientendaten: Größe: cm Gewicht: kg

HLA-Typ: A-Locus: / B-Locus: / in Bestimmung

Ist dieser Patient bereits von uns mit THK versorgt worden? : ja / nein

Angaben zur Therapie:

Therapieform:

Beginn der Therapie: TK-Versorgung ab:

Begründung zur Versorgung mit HLA-kompatiblen TK:

⇒ **Nachweis von HLA-Antikörpern > 5 % PRA:**

Ergebnis:% mit DTT /% ohne DTT vom:

Spezifität bei vorliegenden Antikörpern erkennbar? :

⇒ **Andere Begründung:**

Bei speziellen Fragestellungen bitte Rücksprache mit Dienstarzt Blutspendezentrale

Telefon 06221/65051-20

(außerhalb der regulären Dienstzeit Dienstarzt Blutbank unter 06221/56-4040)

Dieses Formular bitte umgehend faxen an: 06221/56-4030 und 06221/65051-11