

Leipzig

Tel. 0341 478 30 10 200
Fax 0341 478 30 10 250

Essen

Tel. 020 194 604 701
Fax 020 194 604 770

Berlin

Tel. 030 311 617 100
Fax 030 311 617 109

Anforderung transfusionsmedizinische Diagnostik/Blutkomponenten

(ist vollständig vom Einsender auszufüllen!)

Patient	Einsender	Probenidentität
ggf. Aufkleber (oder)	ggf. Stempel (oder)	Ärztliche Bestätigung Proben-ID und Anforderung
Name, Vorname	Krankenhaus	
Geburtsdatum	Standort	
Geschlecht	Telefonnummer für Rückfragen	
		Datum Unterschrift

Angaben zum Patienten Diagnose:	<input type="checkbox"/> Beta-Lactam-Antibiotika	<input type="checkbox"/> Sichelzellkrankheit	<input type="checkbox"/> Daratumumab
		<input type="checkbox"/> Thalassämie	<input type="checkbox"/> IVIG/mAK
		<input type="checkbox"/> Stammzell-Transplt.	<input type="checkbox"/> Plasmaexpander
EK-Transfusion: Datum:	<input type="checkbox"/> In den letzten 4 Monaten	<input type="checkbox"/> Länger als 4 Monate	<input type="checkbox"/> keine
Blutgruppe AB0/RH:	Bekannte Antikörper/ serologische Probleme		
Schwangerschaft:	SSWoche:	Rhesusprophylaxe	am:

Abnahmedatum: _____

Uhrzeit: _____

Bereitstellung:

Termin Transfusion Datum: _____

Uhrzeit: _____

Notfall, sofort

Anforderung Immunhämatologie

10 ml EDTA – Blut bitte einsenden

- Blutgruppe komplett
- Antikörpersuchtest
- Direkter Anti-Humanglobulintest (DAT)
- Abklärung AIHA
- serologische Verträglichkeitsprobe
- Unerwünschte Arzneimittelwirkung (UAW)
- Immunes Anti-A/B (**Achtung Serum einsenden!**)

- weitere Antigene: _____
- Antikörperidentifizierung
- DAT-Differenzierung IgG/IgM/IgA/C3d
- Verlaufskontrolle AIHA
- Thrombozyten-Crossmatch
- Abklärung positiver DCT: AK-Diff. Elution
- Sonstige: _____

Anforderung von Blutkomponenten

Erythrozytenkonzentrate _____ (Anzahl)
 bestrahlt

Thrombozytapheresekonzentrate _____ (Anzahl)
(pathogenreduziert)