

Immunhämatologisches Labor *

- Blutgruppe / Antikörpersuchtest
- Überprüfung der Rh - Prophylaxe
- Erythrozytäre Autoantikörper (direkter Coombstest)
- Kryoglobuline***
- HLA-Antikörper
- Granulozytenantikörper
- Andere (siehe Rückseite)
- Spezielle Blutgruppenmerkmale
- Abklärung Transfusionsreaktion
- Med.-abh. erythrozytäre Antikörper**
- Kälteagglutinine / -hämolysine***
- Thrombozytäre Alloantikörper
- Thrombozytäre Autoantikörper (Morbus Werlhof)

* - Anforderung, benötigtes Material - siehe Rückseite
 ** - Medikamente angeben
 *** - Transport bei 37°C

Anforderung Blutkomponenten und Plasmaderivate - gilt als ärztliche Verordnung -

Leukozytendepletierte Präparate gelten als CMV-negativ

Erythrozytenkonzentrat, leukozytendepletiert:

1 2 3 4 5 6 _____

Kinder - Erythrozytenkonzentrat, leukozytendepletiert:

Ki EK _____ ml Reservieren bis: _____

Thrombozytenkonzentrat, leukozytendepletiert*:

1 (gepoolt aus 4 Vollbluteinheiten) 1 (vom Zellseparator)

Frischplasma (aufgetaut)*:

1 2 3 4 5 6 _____

Sonderanforderungen an Präparat(e)*:

Bestrahlt HLA-ausgewählt Gewaschen _____

Eigenblut / autologes Erythrozytenkonzentrat:

1 2 3 4 _____

Eigenplasma:

1 2 3 4 _____

- Antithrombin*: _____ IE
- Prothrombinkomplex (PPSB)*: _____ IE
- von Willebrand Faktor / Faktor VIII*: _____ IE
- Faktor VIII*: _____ IE
- Faktor XIII*: _____ IE
- Fibrinogen*: _____ g

Andere Blutkomponenten/Plasmaderivate/Gerinnungstherapeutika (siehe Rückseite) *

* - nur bei vollständigen klinischen Angaben oder nach Rücksprache

Zentrum für Transfusionsmedizin und Hämotherapie © UKGM ^{TM 2}

Direktor: Prof. Dr. med. Gregor Bein

Standort Marburg – Leiter: Prof. Dr. med. Ulrich Sachs

Patientenetikett

unbedingt Etikett mit Barcode verwenden



Bitte dieses Feld nur in Poliklinik / OP-Saal markieren

Kabinen-Nr. (Poliklinik) OP-Saal

1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	0

Wochen-Nr. ?

Bereich:

Infektiös **Notfall**

Notfall / Infektiös - Aufkleber abziehen und aufs Röhrrchen kleben

Feld für Einsenderetikett / Code
(falls Aufdruck nicht bereits vorhanden)

Klinische Angaben

Transfusion, Entbindung, Abort:

- JA, in letzten 3 Monaten
- JA, aber nicht in letzten 3 Monaten
- NEIN, überhaupt keine bekannt
- Aktuelle Schwangerschaft
- Allogene KMT, wann _____
- Akute Blutung
- Rh-Prophylaxe, wann _____
- Thrombozytopenie _____ .000/μl
- Neonatale Thrombozytopenie
- Unklare Anämie / Hämolyse
- Morbus haemolyticus neonatorum
- Transfusionsreaktion

Diagnose / operativer Eingriff : _____

Klinische Angaben: _____

Voraussichtlicher Gesamtblutbedarf: _____

Blutgruppe des Pat.*: A B 0 AB Rh (D): pos neg

Irreguläre Antikörper*: nein ja welche: _____

* - bei Neugeborenen - der Mutter

OP/Transfusions-Termin: Konserven werden max. bis zum Morgen des 2. Tages nach dem angegebenen Termin reserviert.

nicht dringlich (nur einen Wochentag angeben!):

Für welchen Tag: Mo Di Mi Do Fr Sa So

Innerhalb von 5 Stunden

Notfall: 2 Stunden

Notfall: ungekreuzt

NOTFALLTRANSFUSION
die Verantwortung für das erhöhte Transfusionsrisiko trägt der unterzeichnende Arzt

Notfall: Notfall-Aufkleber verwenden (s.o.). Sobald Konserven bereitstehen, werden Sie benachrichtigt (per Druck). Ihre Anfragen verzögern die Bearbeitung!

Blutgruppe / Sonstiges



15400001

Röhrrchen oben

Hier bitte unbedingt ein mit Namen des Patienten versehenes Etikett (ohne Barcode) aufkleben !!!!
 Anschließend den gesamten Aufkleber abnehmen und aufs Röhrrchen kleben !!!!

Kreuzblut / Sonstiges




15400001

Röhrrchen oben

Hier bitte unbedingt ein mit Namen des Patienten versehenes Etikett (ohne Barcode) aufkleben !!!!
 Anschließend den gesamten Aufkleber abnehmen und aufs Röhrrchen kleben !!!!

Beleg bitte nur mit weichem Bleistift so markieren !!

Beleg bitte nur mit weichem Bleistift so markieren !!



Einzelpreis ca. 15 Cent + MWST.

Unterschriften

ohne Unterschrift keine Bearbeitung!

Datum: _____

1. Arzt ! DECT !

Unterschrift: _____

Name: _____

(bei Anforderung von Blutprodukten zwingend erforderlich: **Rezept!!**)

2. Blutabnehmende Person

Unterschrift: _____

Name: _____

Belegart/Auflage

1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Korrektur 18.02.15

TM 2 (6009) - RIECO (06359) 9340-0 - 02/15

38	<input type="checkbox"/>
37	<input type="checkbox"/>
36	<input type="checkbox"/>
35	<input type="checkbox"/>
34	<input type="checkbox"/>
33	<input type="checkbox"/>
32	<input type="checkbox"/>
31	<input type="checkbox"/>
30	<input type="checkbox"/>
29	<input type="checkbox"/>
28	<input type="checkbox"/>
27	<input type="checkbox"/>
26	<input type="checkbox"/>
25	<input type="checkbox"/>
24	<input type="checkbox"/>
23	<input type="checkbox"/>
22	<input type="checkbox"/>
21	<input type="checkbox"/>
20	<input type="checkbox"/>
19	<input type="checkbox"/>
18	<input type="checkbox"/>
17	<input type="checkbox"/>
16	<input type="checkbox"/>
15	<input type="checkbox"/>
14	<input type="checkbox"/>
13	<input type="checkbox"/>
12	<input type="checkbox"/>
11	<input type="checkbox"/>
10	<input type="checkbox"/>
9	<input type="checkbox"/>
8	<input type="checkbox"/>
7	<input type="checkbox"/>
6	<input type="checkbox"/>
5	<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>
1	<input type="checkbox"/>
26	<input type="checkbox"/>
25	<input type="checkbox"/>
24	<input type="checkbox"/>
23	<input type="checkbox"/>
22	<input type="checkbox"/>
21	<input type="checkbox"/>
20	<input type="checkbox"/>
19	<input type="checkbox"/>
18	<input type="checkbox"/>
17	<input type="checkbox"/>
16	<input type="checkbox"/>
15	<input type="checkbox"/>
14	<input type="checkbox"/>
13	<input type="checkbox"/>
12	<input type="checkbox"/>
11	<input type="checkbox"/>
10	<input type="checkbox"/>
9	<input type="checkbox"/>
8	<input type="checkbox"/>
7	<input type="checkbox"/>
6	<input type="checkbox"/>
5	<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>
1	<input type="checkbox"/>

Telefonverzeichnis des Institutes

Blutbank (24h erreichbar)	64491
Gerinnungslabor	64489
Gerinnungsambulanz	64378
Sekretariat	66283
Diensthabender Arzt/Konsildienst (DECT)	61753



Verzeichnis der Laboruntersuchungen

Die Rückseite des Bogens kann mittels EDV nicht erfasst werden.

Immunologische Untersuchungen

Raynaud-Phänomen:

- Kryoglobuline
(10 ml Nativblut, 10 ml EDTA)**

Antiphospholipidsyndrom:

- (5 ml Nativ-Blut)
 Cardiolipin (IgG, IgM)
 β 2-Glycoprotein-1 (IgG, IgM)

Granulozytenantikörper

- (2-10 ml Nativ- oder EDTA-Blut)
 (Auto-) Immuneutropenie
(Kinder 3 ml, Erwachsene 10 ml EDTA-Blut)
ggf.
Medikament* : _____
 Neonatale Immuneutropenie
(Neugeborenes 1 ml EDTA-Blut,
Vater 3 ml EDTA-Blut
Mutter 3 ml EDTA- und 10 ml Nativ-Blut)
 Transfusionsassoziertes Lungenödem
(Patient 10 ml EDTA, transfundiert. Prod.)

Thrombozytenantikörper

- Immnthrombozytopenie
(20 ml EDTA-, 10 ml Nativ-Blut)
 Neonatale Alloimmnthrombozytopenie
(Neugeborenes 2-3 ml EDTA-Blut,
Mutter 20 ml EDTA-Blut, 10 ml Nativ-Blut,
Vater 20 ml EDTA-Blut)
 Refraktärzustand gegenüber
Thrombozytentransfusion
(20 ml EDTA-, 10 ml Nativ-Blut)

- Medikament-induzierte Immnthrombozytopenie (20 ml EDTA-, 10 ml Nativblut, 10 ml Urin)
Medikament* : _____
 Heparininduzierte Thrombozytopenie (HIT Typ II) (10 ml Nativblut)
 Quantifizierung thrombozytärer Membranproteine bei Verdacht auf hereditäre Thrombopathie (10 ml Citrat-Blut)
 Thrombozytäre Membranpolymorphismen (HPA, genetisch) (10 ml EDTA-Blut)

Erythrozytenantikörper

- Immnhämolytische Anämie
(10 ml Nativ-, 10 ml EDTA-Blut)
 Medikament-induzierte Immnhämolyse
(10 ml Nativ-, 10 ml EDTA-Blut, 10 ml Urin)
Medikament* : _____
 Morbus haemolyticus neonatorum
(Neugeborenes 2-3 ml EDTA-Blut, Mutter 10 ml EDTA-Blut, 10 ml Nativ-Blut)
 Kälteagglutinine,
(10 ml Nativ-Blut, 10 ml EDTA-Blut)**

Transplantationsimmunologie

- HLA-Typisierung Klasse I
(10 ml ACD-Blut)
 HLA-Typisierung Klasse II
(10 ml EDTA-Blut)
 HLA-Typisierung hochauflösend für Stammzell-Transplantation
(20 ml EDTA-Blut)
 HLA-B27 (10 ml EDTA-Blut)
 HLA-Antikörper (LCT) (10 ml Nativblut)
 HLA-Antikörper Kl. I (ELISA)
(10 ml Nativblut)
 HLA-Antikörper Kl. II (ELISA)
(10 ml Nativblut)
 Lymphozytäre Autoantikörper
(10 ml Nativ-, 10 ml ACD-Blut)
 Kreuzprobe vor Organtransplantation
(Spender: Heparinblut, Milz oder Lymphknoten; Empfänger: Nativblut)
 Hämochromatose-Diagnostik
(C282Y; H63D) (5 ml EDTA-Blut)

* - Rücksprache Labor

** - Rücksprache Labor, warm 37°C, Transportbehälter abholen!

Verzeichnis der verfügbaren Blutprodukte und Präparate

Alle Produkte können durch Ankreuzen des Markierungsfeldes angefordert werden. Dabei an der Vorderseite das Anstreichen des Punktes „Andere Blutprodukte, Plasmaderivate, . . .“ nicht vergessen.
Alle Produkte, die über ein Markierungsfeld hier nicht verfügen, können an der Vorderseite angekreuzt werden.

- Leukozytendepletiertes Erythrozytenkonzentrat
 Gewaschenes Erythrozytenkonzentrat in additiver Lösung
 Erythrozytenkonzentrate für Neugeborene (bis zu 4 Einheiten von einem Spender)
 Austauschblut für Neugeborene
 Frischplasma (aufgetaut)
 Frischplasma (gefroren)
 Virusinaktiviertes Plasma (SD-VIP)
 Leukozytendepletiertes Thrombozytenkonzentrat (Vollblut)
 Leukozytendepletiertes Thrombozytenkonzentrat (Zellseparator)
 Eigenblut / Vollblut
 Eigenblut / Erythrozytenkonzentrat
 Eigenblut / Plasma

- Antithrombin
 Von Willebrand Faktor / Faktor VIII
 Faktor VII
 Faktor VIII
 Faktor IX
 Faktor XIII
 Fibrinogen
 Protein C
 Prothrombinkomplex (PPSB)
 aktivierter Prothrombinkomplex (FEIBA)
 rekombinanter F VII a
 C1 - Esterase - Inhibitor