



Zentrum für Transfusionsmedizin und Hämotherapie
Klinische Immunologie - Transfusionsmedizin - Hämostaseologie

Direktor: Univ.-Prof Dr. U. Sachs · Langhansstraße 7, 35392 Gießen · ☎ (06 41) 985 - 4 15 08 · 📠 (06 41) 985 - 4 15 39

Falls kein Etikett vorhanden,
 bitte folgende Patientendaten
 eintragen:

Name _____

Vorname _____

Geb.-Datum _____ M W

Kostenstelle/Station _____

Telefon _____

Klinische Diagnose/Fragestellung (obligat)

Wahlleistung (Chefarzt)

Vorbefunde

Vortransfusion Schwangerschaften Zustand nach Knochenmark-Transplantation

Transfusionsreaktionen Anti-D Immunprophylaxe Besonderheiten _____

AB0- und Rh-Blutgruppe des Patienten	Irreguläre Antikörper	1. Protokoll-Nr.	neue Protokoll-Nr.

Untersuchungsanforderung Blutgruppenserologie 10 ml EDTA-Blut

Blutgruppe (AB0, Rh, Antikörpersuchtest)

Antikörpersuchtest

Abklärung einer Transfusionsreaktion (Blutkomponenten zurücksenden, 10 ml EDTA-Blut **und** 10 ml Serum nach Transfusion)

Anforderungsart Blutkomponenten 10 ml EDTA-Blut (Blutgruppenbest. u. Antikörpersuche erfolgen automatisch, falls notwendig)

Notfall ungekreuzt (sofortige Ausgabe AB0-kompatibler Präparate vor Abschluss der Kreuzprobe)

Dringliche Kreuzung (Mindestbearbeitungsdauer 1 Stunde)

Transfusion heute _____

Transfusion am T T M M J J

Einsendung einer Blutprobe - **keine Kreuzung** (Kreuzung erfolgt nach telefonischer Anforderung)

Präparateanforderung gilt als Rezept !

	Anzahl									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/> Erythrozytenkonzentrat	<input type="checkbox"/>									
<input type="checkbox"/> Erythrozytenkonz. für Neugeborene (50 ml)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/> Thrombozytenkonz. (therapeut. Einheiten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/> Frischplasma	<input type="checkbox"/>									
<input type="checkbox"/> Spezialpräparate (bitte telefon. Rücksprache)	<input type="checkbox"/>									
<input type="checkbox"/> bestrahlt										

Auslieferungsart (Gültigkeit Verträglichkeitsprobe max. 72 Stunden)

Auslieferung heute ohne Abruf

Auslieferung auf Abruf (Fax oder Telefon)

Auslieferung an Station/OP (falls verschieden von anfordernder Stelle)	Telefon

Das erhöhte Risiko für Anforderungen von ungekreuztem Blut und die Verantwortung für die Identifizierung (Bedside-Test) trägt der transfundierende Arzt. Nur vollständig ausgefüllte und unterschriebene Anforderungen werden bearbeitet.

Unterschrift des Arztes _____ Datum _____