

TRANSFUSIONSMEDIZIN - IMMUNHÄMATOLOGIE



HDZ NRW

Medizinisches
Versorgungszentrum

Laboratoriumsmedizin, Med. Mikrobiologie,
Transfusionsmedizin, Notfall-Diagnostik

Prof. Dr. med. Cornelius Knabbe
Dr. med. Dr. rer. nat. Ingvild Birschmann
Dr. med. Claudia Christine Freytag
Dr. med. Ernst-Joachim Heuser

Georgstraße 11
32545 Bad Oeynhausen
Phone: +49-(0)5731-971393/92
Fax: +49-(0)5731-972307
E-Mail: mvz-laboratoriumsmedizin@hdz-nrw.de
www.mvz-hdz-nrw.de

Auftragsschein 55, Version 2

Patienten-Etikett

Geschlecht weiblich männlich

Fallnummer _____

Name _____

Geb.-Datum _____

Straße _____

Wohnort _____

Kostenträger _____

Bitte beachten:

*Auftragsschein nur mit weichem Bleistift (z.B. HB) markieren!



Probenentnahme-Zeit (ohne Markierung wird Einlesedatum und -Zeit gesetzt!)

Wochentag: Mo Di Mi Do Fr Sa So

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

Minute: 15 30 45

Für die Bearbeitung wichtige anamnestische Angaben:

- frühere Bluttransfusionen: Schwangerschaft(en)
- nicht bekannt Anti-D-Prophylaxe
- nein irreguläre Antikörper
- ja, wann? Immunsuppression
- Transfusionsreaktionen beobachtet: ja nein

Medikamente:

- geplanter Eingriff: Operation mit HLM PTCA
- Operation ohne HLM HTX
- Herzkatheter-Untersuchung VAD - Implantation

Einsender _____

Einsender-Etikett _____

Tel. _____

Diagnose und Fragestellung:

IMMUNHÄMATOLOGIE

- Blutgruppenbestimmung (einschließlich Rh-Merkmale, Kell und Antikörper-Suchtest)

Bestimmung weiterer Erythrozyten-Antigene:

- Differenzierung erythrozytärer Antikörper (einschließlich serologischer Verträglichkeitsprüfung)
- Titer-Bestimmung von Erythrozyten-Antikörpern
- direkter Antihumanglobulin-Test (Coombs-Test)
- Abklärung einer autoimmunhämolytischen Anämie
- Kälteagglutinations-Titer
- Antikörper-Suchtest

weitere Untersuchungen:

Einmalartikel zur Transfusion:

- Bed-side Karten
- Transfusionsbestecke (200µm)

TRANSFUSIONSMEDIZIN

Ärztliche Verordnung von Blutkomponenten

angeforderte Anzahl:	1	2	4	6	10	20	andere Anzahl	Weitere Eigenschaften
Erythrozytenkonzentrat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Bestrahlung mit 30 Gy
Baby-EK (ca. 70 ml)			<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/> Bestrahlung mit 30 Gy
Erythrozytenkonzentrat* portioniert (ca. 100 ml)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/> Bestrahlung mit 30 Gy
frisch gefrorenes Plasma (FFP)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Thrombozytenkonzentrat (Zellseparator-Präparat)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/> Bestrahlung mit 30 Gy
Thrombozytenkonzentrat * portioniert (ca. 100 ml)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/> Bestrahlung mit 30 Gy

Bereitstellungszeitpunkt:

Datum Uhrzeit

Notfall, innerhalb 1 h nach Probeneingang

innerhalb 6 h

am folgenden Tag bis Uhr

Vorbefund Patient:

Blutgruppe _____ Rhesusformel _____ Kell-Antigen: _____ AK-Suchtest: _____

Protokollnummer der Blutgruppenbestimmung: (falls vorhanden)

* nur gezielte Anforderung für bestimmte Patienten

Begleitpapiere müssen vollständig ausgefüllt und vom Arzt unterschrieben sein, der damit die Identität der Blutprobe bestätigt.

Datum _____ Unterschrift des Arztes _____