Universität Rostock Traditio et Innovatio

Universitätsmedizin Rostock

Institut für Transfusionsmedizin
im Universitären Notfallzentrum
Schillingallee 36 18057 Rostock
✆ Blutbank: 7453

Patientendaten (Fallnummer immer angeben!)

Fallnummer: _____

Name: _____

Vorname: _____

Geb.-datum: _____

Geschlecht: _____

Einsender: _____

Diagnose/Fragestellung: _____

_____

Datum:

Blutgruppe:

bekannte irreg. Antikörper:

Hb/Hk: ____ mmol/l/% Thrombozytenzahl: ____ Gpt/l

Nothilfepass/Mutterpass vorhanden: Ja ☐ Nein ☐

Vortransfusion: Ja ☐ am: _____ Nein ☐

Vorbekannte Transfusionsreaktion: Ja ☐ Nein ☐

Z. n. KM-/Stammzelltransplantation: Ja ☐ Nein ☐

Schwangerschaft:

ja, ☐ derzeit Woche: _____

ja, ☐ jemals stattgehabt Nein ☐

therap. Ak (Darzalex/Daratumumab/Sonstige):

Ja ☐ Nein ☐

Verordnung Blutpräparate

OP / Transfusion geplant am: um:

☐ **in Bereitschaft** ☐ **sofort** (gekreuzt) ☐ **Notfall** (ungekreuzt)

Anzahl		Anzahl	
_____TE	Erythrozyten-Konzentrat (inline-filtriert)	_____TE	Thrombozytenkonzentrat (leukozytendepletiert)
	☐ Bestrahlt mit 30 Gy		☐ Bestrahlt mit 30 Gy
_____TE	Gefrorenes Frischplasma (FFP)		☐ HLA/HPA-kompatibel
_____TE	Erythrozytenkonzentrat Babykonserve 50 ml	_____TE	Granulozytapheresekonzentrat
_____TE	patientenbezogene Präparation (nach Absprache)	_____TE	Erythrozytenkonzentrat aus Eigenblutspende
	☐ gewaschenes Erythrozytenkonzentrat	_____TE	Gefrorenes Frischplasma aus Eigenblutspende

Anforderung Blutgruppenbestimmung / Immunhämatologie

	Untersuchungsmaterial / Hinweise
☐ **Blutgruppe**	EDTA-Blut 7,5 ml
☐ AK-Bestimmung ggf. inkl. Differenzierung	EDTA-Blut 7,5 ml
☐ Antikörpertiterbestimmung	EDTA-Blut 7,5 ml
☐ direkter Coombstest	EDTA-Blut 7,5 ml
☐ Kälteagglutinintiter	Citrat-Blut 2,5 ml (bis 10:00 in das Labor)
☐ medikamentös induzierte Immunhämolyse (nach Absprache)	Nativblut 7,5 ml + EDTA-Blut 7,5 ml + Medikament
☐ Abklärung Transfusionsreaktion	**Anforderung via SAP**
☐ Kryoglobulinnachweis	Nativblut 7,5 ml - Transport sofort im Wärmebehälter (37°C) **Wärmebehälter im Institut für Transfusionsmedizin anfordern!**
☐ Sonstiges (nach Absprache):	

_____ _____

Name (Klarschrift) und Unterschrift der für die Blutentnahme verantw. Person

Name (Klarschrift) und Unterschrift des anfordernden Arztes

Probenidentität und Konservenanforderung liegen im ärztlichen Verantwortungsbereich!