TRANSFUSIONSMEDIZIN - IMMUNHÄMATOLOGIE

HDZ NRW
Medizinisches Versorgungszentrum

Laboratoriumsmedizin, Hämostaseologie, Transfusionsmedizin, Notfall-Diagnostik

Prof. Dr. med. Cornelius Knabbe
Dr. med.Dr. rer. nat. Ingvild Birschmann
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 4

Patienten-Etikett

Geschlecht ☐ weiblich ☐ männlich
Fallnummer
Name
Geb.-Datum
Straße
Wohnort
Kostenträger

Bitte beachten:
- Auftragsschein nur mit weichem Bleistift (z.B. HB) markieren!

richtig falsch

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:
- nicht bekannt
- nein
- ja, wann?

Transfusionsreaktionen beobachtet:
- ja
- nein

- Schwangerschaft(en)
- Anti-D-Prophylaxe
- irreguläre Antikörper
- Immunsuppression

Medikamente:

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

Einsender
Tel.

Einsender-Etikett

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	○	○	○	○		○	○		○ Bestrahlung mit 30 Gy
Baby-EK (ca. 70 ml)			○						○ Bestrahlung mit 30 Gy
Erythrozytenkonzentrat* portioniert (ca. 100 ml)	○	○							○ Bestrahlung mit 30 Gy
frisch gefrorenes Plasma (FFP)	○	○	○	○		○	○		
Thrombozytenkonzentrat (Zellseparator-Präparat)	○	○							○ Bestrahlung mit 30 Gy
Thrombozytenkonzentrat * portioniert (ca. 100 ml)	○	○							○ 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 Identitität der Blutprobe bestätigt.

Datum Unterschrift des **Arztes**