

**DRK-BLUTSPENDEDIENST BADEN-WÜRTTEMBERG – HESSEN
IKT ULM**

Stammzellpräparation Tel. 0731 / 150 - 623 Zellseparation Tel. 0731 / 150 - 543
Helmholtzstraße 10, 89081 Ulm, Fax 0731 / 150 - 653

Anforderung für die Entnahme / Präparation von

- Allogenen Blutstammzellen** **Spenderlymphozyten (SLT)**
 Allogenem Knochenmark **Spenderuntersuchung**

Spender/in geb. **Ery-KP**
Name / Vorname / ID-Nr. **Lym-KP**

Blutgruppe Gewicht **Re-Typ**
[Bei Fremdspendern bitte Kopie der Anforderung an die Spenderdatei beilegen !]

Patient/in geb.
Name / Vorname / ID-Nr.

Blutgruppe Gewicht Fall-Nr.

Diagnose

Behandelnder Arzt / Station / Tel.

Wachstumsfaktor (bei PSZ)
(Art, Menge, Beginn)

Geplante Entnahme (Datum)

Geplante Präparation (Technik)
(z.B. CD34-Selektion / T-Zelldepletion / Campath-Inkubation)

Kryokonservierung ja nein Dosis 1 Dosis 2
Dosis 3 Dosis 4

Geplante Transfusion (Datum) Dosis
(z.B. CD34⁺ / CD3⁺ pro kg KG)

Bemerkungen

Datum

Anfordernder Arzt / Stempel / Unterschrift

Vom IKT auszufüllen

| | | | |
|--|-----------------------|---------------------------------|-------|
| Terminbestätigung | Spenderuntersuchung | <input type="checkbox"/> ja, am | |
| bzw. Änderung und | Entnahme / Apherese | <input type="checkbox"/> ja, am | |
| Rückmeldung an | Stammzellmanipulation | <input type="checkbox"/> ja, am | |
| Station <input type="checkbox"/> | Kryokonservierung | <input type="checkbox"/> ja, am | |
| | Transfusion | <input type="checkbox"/> ja, am | |

Sonstiges

Datum Unterschrift
Bearbeitender Arzt