

Auftrag für

Kreuzlabor Kassel Praxis MUDr. Walid Sireis

Mönchebergstraße 57 · 34125 Kassel

Kreuzlabor **0561 8793-122/-123** Fax **0561 8793-110**

Ausgabe **0561 8793-111**

Patienten-Aufkleber bitte auf alle Durchschläge!
Namensänderung bitte angeben!

Aufnahmenummer

Name m w

Vorname Geb.-Datum

Anschrift

Kostenträger:

Ärztliche Wahlleistung ja nein oder ambulant (Ü-Schein Muster 10 beilegen)

Diagnose/ICD-Code infektiös

ABO-Blutgruppe bekannt ja nein

ABO-Blutgruppe A B AB 0 - Rh. (D) positiv negativ

Irreguläre Antikörper:

(Bitte Patienten nach Blutspendeausweis, Unfall- oder Mutterpass fragen!)

frühere Transfusionen unbekannt nein ja, zuletzt

frühere Schwangerschaften unbekannt nein ja, zuletzt

Zustand nach Knochenmark- oder Stammzell-Transplantation am:

Medikamente, welche die Kreuzprobe beeinträchtigen z.B. HAES:

Besonderheiten:

Bestellung für Präparate und Laborleistungen
Untersuchungsmaterial: für Kreuzproben 2 x 5 ml EDTA-Blut

Anlieferung und Befund an:

Adresse Einsender:

Station:

Telefon:

Blutprobe
abgenommen am:

Entnahme durch:

Datum Unterschrift Name (Druckbuchstaben)

Datum Unterschrift des Arztes Name des Arztes (Druckbuchstaben)

Für die Identität der Blutprobe ist der anfordernde Arzt verantwortlich.

Transfusion geplant am: _____

Wir bitten um Lieferung am: _____

durch Depot Abholung

Aktuelle Vorbefunde (Bitte Kopie der Antigen-Tabellen mitschicken)

Suchzelle positiv: 1 2 3

Methode:

Direkter Antihumanglobulintest (DAT) pos neg

Schnelltest (2-3 Stunden)

EK innerhalb 2-3 Stunden bereit stellen
(nach Ankunft der Probe im Labor)

Bearbeitung innerhalb Tagesroutine (Normaltest)

Probeneingang Mo-Fr. von 8:00 -18:00 Uhr

Von der Klinik auszufüllen!

Bitte ankreuzen!

Laborleistungen

Anzahl	Blutprodukt	gelief.	
	Leukozytenarmes Erythrozytenkonzentrat		Blutgruppenbestimmung und Rh-Faktor
	Thrombozytapheresekonzentrat (Zellseparator) (leukozytenarm)		Blutgruppenbestimmung und Rhesusformel (bei langfristigem Transfusionsbedarf, bei erythr. Antikörpern, bei Frauen im gebärfähigen Alter)
	Leukozytenarmes Thrombozytenkonzentrat (aus 4 Spenden)		Antikörpersuchtest
	Gefrorenes Frischplasma (quarantäne-gelagert)		DAT (Direkter Antihumanglobulintest)
			HLA-Typisierung (nach Rücksprache)
Bitte ankreuzen!	Sonderanforderungen		HLA B27
	Bestrahlen		Thrombozytäre Diagnostik
	CMV-Antikörper-negativ (Art. Nr. M705)		Sonstiges:
	Präparat teilen: 4 Teile		Vom Blutspendedienst auszufüllen
	Eigenblut-Erythrozytenkonzentrat	3982	Blutgruppenbestimmung und Rhesusfaktor
	Eigenblut-Gefrorenes Frischplasma	3983	Blutgruppenbestimmung und Rh-Untergruppe
	Gewaschenes Erythrozytenkonzentrat (nur nach Rücksprache m. BSD-Arzt!)	4000	Kreuzprobe
		3988	Antikörpersuchtest (Coombs)
Hinweis	Bei ambulanter Transfusion zusätzlich Rezept beilegen	3991	Antikörpersuchtest (Enzym)
Anzahl		3989	Antikörper-Differenzierung (Liss/Coombs)
	Transfusionsbesteck (Art. Nr. M0415)	3992	Antikörper-Differenzierung (Enzym/NACL)
	Bedside-Test (Art. Nr. M0432)	3997	DAT polyspez.
Sonstiges:		3998	DAT monospez.
		3984	Le ^a , Le ^b , M, N, S, P1, C, c, E, e, A ₁ , H
Auftragsnr.		3985	Cw, Kell, D ^u , Fy ^a , Fy ^b , Kp ^a , Kp ^b , Js ^a , Js ^b ,
		3986	Jk ^a , Jk ^b , Lu ^a , Lu ^b , k, s, Wr ^a , Co ^b ,
		3980	ABD-Bestimmung

Bei Probeneingang nach 18:00 Uhr kann die routinemäßige Bearbeitung erst am darauf folgenden Tag erfolgen.
Bitte füllen Sie den Anforderungsschein vollständig aus, dies vermeidet Rückfragen und Verzögerungen.