

Patient:

Name, Vorname:
 Geburtsdatum:
 Anschrift:
 Geschlecht:

Einsender:

Telefonnummer für Rückfragen: _____

Angabe Krankenkasse: Privat versichert (Wahlleistung) Gesetzlich versichert

Anforderungsschein für Granulozytenkonzentrat

Hausspende / Apherse
 Tel.: 0621 / 37 06 – 0 oder 877
 Fax: 0621 / 37 06 – 859

► **Blutproben bitte senden an:**

Ausgabe des Instituts Mannheim
 Friedrich-Ebert-Straße 107
 68167 Mannheim
 Tel.: 0621 / 37 06 – 890 (24 h besetzt)

Diagnose: _____

Bitte den Schein immer vollständig (Name, Vorname, Geb.-Datum des Patienten, Abnahmedatum, Uhrzeit und Unterschrift des Arztes) ausfüllen! Gewünschte Untersuchung ankreuzen! Die ausgefüllte Anforderung an die oben genannte Faxnummer senden!

<p>Blutgruppenbefund mit Rhesusformel:</p>	<p>HLA-Antikörper vorhanden? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Spezifitäten: </p>	<p>Z. n. Stammzelltransplantation <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wann: Blutgruppenbefund mit Rhesusformel vor Tx: nach Tx:</p>
<p>Transfusionen: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (innerhalb der letzten 4 Wochen) Mit Granulozytenkonzentrat: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Schwangerschaften <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wann: Bekannte immunhämATOlogische Auffälligkeiten (z.B. irreguläre Antikörper)? Falls ja, bitte genaue Angaben:</p>	<p>HLA-Typisierung (falls vorhanden): A* , B* , C* , DRB1* ,</p>	<p>Stammzelltransplantation geplant <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wann: Familienspender? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Haploident? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>

<p>Anforderung von Granulozytenkonzentrat (10 ml EDTA-Blut; 20 ml Vollblut; bei Nachfolganforderung je 10 ml) - Gilt als ärztliche Verordnung -</p>	<p>Potentielle Granulozytenspender aus dem Patientenumfeld <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja - bitte nehmen Sie mit uns Rücksprache auf</p>
--	---

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <th colspan="3">Angaben zur Indikation:</th> </tr> <tr> <th style="width: 33%;">Therapeutisch</th> <th style="width: 33%;">Prophylaktisch</th> <th style="width: 33%;">Granulozytendefekt</th> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> progrediente Infektion</td> <td><input type="checkbox"/> hohes Risiko einer lebensbedrohlichen Infektion, z.B. septische Op</td> <td><input type="checkbox"/> progrediente Infektion</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> schwere Granulozytopenie (< 500/ul)</td> <td><input type="checkbox"/> schwere Granulozytopenie (< 500/ul)</td> <td><input type="checkbox"/> lebensbedrohlicher Verlauf</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> bestmögliche antibiotische/antimykotische Therapie seit mehr als 48 h</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> lebensbedrohlicher Verlauf</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>Ergänzung:</p>	Angaben zur Indikation:			Therapeutisch	Prophylaktisch	Granulozytendefekt	<input type="checkbox"/> progrediente Infektion	<input type="checkbox"/> hohes Risiko einer lebensbedrohlichen Infektion, z.B. septische Op	<input type="checkbox"/> progrediente Infektion	<input type="checkbox"/> schwere Granulozytopenie (< 500/ul)	<input type="checkbox"/> schwere Granulozytopenie (< 500/ul)	<input type="checkbox"/> lebensbedrohlicher Verlauf	<input type="checkbox"/> bestmögliche antibiotische/antimykotische Therapie seit mehr als 48 h			<input type="checkbox"/> lebensbedrohlicher Verlauf			<p>Bereitstellung:</p> <p><input type="checkbox"/> 2 x /Woche <input type="checkbox"/> 3 x /Woche <input type="checkbox"/> ab (Datum): <input type="checkbox"/> geteilt (2 Präparate, Laufzeit 24h) <input type="checkbox"/> Bitte Anruf, wenn Präparat bereitsteht. Tel.-Nr.:</p>
Angaben zur Indikation:																			
Therapeutisch	Prophylaktisch	Granulozytendefekt																	
<input type="checkbox"/> progrediente Infektion	<input type="checkbox"/> hohes Risiko einer lebensbedrohlichen Infektion, z.B. septische Op	<input type="checkbox"/> progrediente Infektion																	
<input type="checkbox"/> schwere Granulozytopenie (< 500/ul)	<input type="checkbox"/> schwere Granulozytopenie (< 500/ul)	<input type="checkbox"/> lebensbedrohlicher Verlauf																	
<input type="checkbox"/> bestmögliche antibiotische/antimykotische Therapie seit mehr als 48 h																			
<input type="checkbox"/> lebensbedrohlicher Verlauf																			

<p>Körpergewicht des Patienten: _____ .kg CMV-Status des Patienten: negativ <input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> Präparat CMV-Antikörper negativ <input type="checkbox"/> egal <input type="checkbox"/></p>	<p>Abholung bei externen Einsendern:</p> <p><input type="checkbox"/> wird abgeholt (Taxi, Hausfahrer) <input type="checkbox"/> Depot- / Expressfahrer Blutspendedienst</p>
---	--

<p>Datum / Uhrzeit / Name des anfordernden Arztes (Druckbuchstaben):</p>	<p>Unterschrift / Bestätigung Probenidentität</p>
--	--