Institut für Transfusionsmedizin und Immunologie Mannheim

DRK-Blutspendedienst Baden-Württemberg-Hessen gemeinnützige GmbH
Friedrich-Ebert-Str. 107, 68167 Mannheim Ärztlicher Direktor: Univ.-Professor Dr. med. Harald Klüter

Patient: **(Name, Vorname, Geb.-Datum, Anschrift)**

Granulozytenimmunologie Tel. 0621 / 3706 – 8039
Transplantationsimmunologie Tel. 0621 / 3706 - 8039
Stammzell-Labor Tel. 0621 / 3706 - 8124
Molekularbiologie Tel. 0621 / 3706 - 837
Fax: 0621 / 3706 - 851

Zertifiziert nach DIN EN ISO 9001 und akkreditiert nach DIN EN ISO 15189

DAkkS Deutsche Akkreditierungsstelle D-ML-17345-01-00

Einsender:

Telefon für Rückfragen: _____

Fax für Befunde: _____

☐ **stationär** ☐ **privat (Wahlleistung)**
☐ **ambulant (Überweisungsschein)** ☐ **Krankenkasse**

Diagnose: _____

Bitte den Schein immer vollständig (Name, Vorname, Geb.-Datum des Patienten, Abnahmedatum, Uhrzeit und Unterschrift des Arztes) ausfüllen! Gewünschte Untersuchung ankreuzen!

Transplantationsdiagnostik/HLA

Stammzelltransplantation		
	E ■	Patient, Ersttypisierung
	E ■	Familientypisierung
	E ■	Bestätigungstypisierung Familienspender
	E ■	Einleitung Fremdspendersuche (Auftrag + Bestätigungstypisierung hochauflösend)
Weitere HLA-Diagnostik		
	E ■	Patient Organtransplantation (HLA-ABC, -DRB1, -DQB1 niedrigauflösend)
	E ■	Krankheitsassoziationen (z.B. Zöliakie): ……
	E ■	HLA-ABC ☐, -DRB1 ☐, -DQB1 ☐, weitere ☐: …… niedrigauflösend ☐ hochauflösend ☐
	E ■	CCR5 Genotyp: Ersttypisierung ☐ Bestätigungstypisierung ☐
	V	Nachweis und Spezifizierung freier HLA-Antikörper: Transfusion ☐ Transplantation ☐
	V ■	Lymphozyten-Kreuzprobe (LCT) + E ■ Spender (nur nach telefonischer Rücksprache mit dem Labor)

Granulozytendiagnostik

	V	Nachweis und Spezifizierung freier antigranulozytärer Anti-körper
	E20, V ■	Nachweis und Spezifizierung **gebundener** antigranulozytärer Antikörper (nur nach telefonischer Rücksprache mit dem Labor)
	V	Granulozyten – Crossmatch + E ■ Spender
	E	Genotypisierung granulozytärer Antigene
	V,U, M	medikamentenabhängige antigranulozytäre Antikörper
	➲ ■	Abklärung bei Verdacht auf neonatale Immunneutropenie (NIN)

Stammzell-Diagnostik

Hämatopoetische Stammzellen (5 ml EDTA-Blut)		
	E	CD34 – Bestimmung (mittels FACS)
	E	CD3 - Bestimmung (mittels FACS)

Molekulare Diagnostik

Blutgruppenbestimmung (5 ml EDTA-Blut)		
	E	AB0 Genotypisierung
	E	Rhesus-CDE/D^{weak} Genotypisierung
	E	Genotypisierung K ☐, Jk ☐, Fy ☐, MNS ☐
	E	Genotypisierung weiterer Merkmale: ……..
Chimärismusanalyse (10 ml EDTA-Blut)		
	E	HLA
	E	Molekulare Polymorphismen (STR-Systeme)
Molekularbiologie von Immundefektgenen (10 ml EDTA-Blut)		
	E	Wiskott-Aldrich-Syndrom (WAS)[1]
	E	Rekombinase aktivierendes Gen$_1$ (RAG$_1$)[1]
	E	Rekombinase aktivierendes Gen$_2$ (RAG$_2$)[1]
	E	Common gamma chain (yC) XSCID[1]
	E	Purinnukleosidphosphorylase[1]

Achtung! Bei Postversand bitte nur von Montag bis Mittwoch oder nach telefonischer Anmeldung per Eilboten aufgeben!

Zeichenerklärung:

1 = Untersuchung erfolgt in einem akkreditierten und zertifizierten Labor des DRK-Blutspendedienstes

V = Vollblut ohne Zusätze (10 ml Serumröhrchen)	E = EDTA-Blut 5 ml E20 = EDTA-Blut 20ml
C = Citratblut	U = Urin, mindestens 20ml
■ = nicht kühl lagern!	M = Medikament

Anmerkungen:

……

……

Blutentnahme durch (bei Delegation):

_____ _____
Datum Uhrzeit Unterschrift Name (Druckbuchstaben)

Verantwortlich für die Identität der Probe sowie Anforderung der Laborleistung:

_____ _____
Datum **Uhrzeit** **Unterschrift Arzt** Name (Druckbuchstaben)

Institut für Transfusionsmedizin und Immunologie Mannheim

DRK-Blutspendedienst Baden-Württemberg-Hessen gemeinnützige GmbH
Friedrich-Ebert-Str. 107, 68167 Mannheim Ärztlicher Direktor: Univ.-Professor Dr. med. Harald Klüter

Patient: **(Name, Vorname, Geb.-Datum, Anschrift)**

Granulozytenimmunologie Tel. 0621 / 3706 – 8039
Transplantationsimmunologie Tel. 0621 / 3706 - 8039
Stammzell-Labor Tel. 0621 / 3706 - 8124
Molekularbiologie Tel. 0621 / 3706 - 837
Fax: 0621 / 3706 - 851

Zertifiziert nach DIN EN ISO 9001 und akkreditiert nach DIN EN ISO 15189

DAkkS Deutsche Akkreditierungsstelle D-ML-17345-01-00

Einsender:

Telefon für Rückfragen: _____

Fax für Befunde: _____

☐ **stationär** ☐ **privat (Wahlleistung)**
☐ **ambulant (Überweisungsschein)** ☐ **Krankenkasse**

Diagnose: _____

Bitte den Schein immer vollständig (Name, Vorname, Geb.-Datum des Patienten, Abnahmedatum, Uhrzeit und Unterschrift des Arztes) ausfüllen! Gewünschte Untersuchung ankreuzen!

Transplantationsdiagnostik/HLA

Stammzelltransplantation		
	E ■	Patient, Ersttypisierung
	E ■	Familientypisierung
	E ■	Bestätigungstypisierung Familienspender
	E ■	Einleitung Fremdspendersuche (Auftrag + Bestätigungstypisierung hochauflösend)
Weitere HLA-Diagnostik		
	E ■	Patient Organtransplantation (HLA-ABC, -DRB1, -DQB1 niedrigauflösend)
	E ■	Krankheitsassoziationen (z.B. Zöliakie): ……
	E ■	HLA-ABC ☐, -DRB1 ☐, -DQB1 ☐, weitere ☐: …… niedrigauflösend ☐ hochauflösend ☐
	E ■	CCR5 Genotyp: Ersttypisierung ☐ Bestätigungstypisierung ☐
	V	Nachweis und Spezifizierung freier HLA-Antikörper: Transfusion ☐ Transplantation ☐
	V ■	Lymphozyten-Kreuzprobe (LCT) + E ■ Spender (nur nach telefonischer Rücksprache mit dem Labor)

Granulozytendiagnostik

	V	Nachweis und Spezifizierung freier antigranulozytärer Anti-körper
	E20, V ■	Nachweis und Spezifizierung **gebundener** antigranulozytärer Antikörper (nur nach telefonischer Rücksprache mit dem Labor)
	V	Granulozyten – Crossmatch + E ■ Spender
	E	Genotypisierung granulozytärer Antigene
	V,U, M	medikamentenabhängige antigranulozytäre Antikörper
	➲ ■	Abklärung bei Verdacht auf neonatale Immunneutropenie (NIN)

Stammzell-Diagnostik

Hämatopoetische Stammzellen (5 ml EDTA-Blut)		
	E	CD34 – Bestimmung (mittels FACS)
	E	CD3 - Bestimmung (mittels FACS)

Molekulare Diagnostik

Blutgruppenbestimmung (5 ml EDTA-Blut)		
	E	AB0 Genotypisierung
	E	Rhesus-CDE/D^{weak} Genotypisierung
	E	Genotypisierung K ☐, Jk ☐, Fy ☐, MNS ☐
	E	Genotypisierung weiterer Merkmale: ……..
Chimärismusanalyse (10 ml EDTA-Blut)		
	E	HLA
	E	Molekulare Polymorphismen (STR-Systeme)
Molekularbiologie von Immundefektgenen (10 ml EDTA-Blut)		
	E	Wiskott-Aldrich-Syndrom (WAS)[1]
	E	Rekombinase aktivierendes Gen$_1$ (RAG$_1$)[1]
	E	Rekombinase aktivierendes Gen$_2$ (RAG$_2$)[1]
	E	Common gamma chain (γC) XSCID[1]
	E	Purinnukleosidphosphorylase[1]

Achtung! Bei Postversand bitte nur von Montag bis Mittwoch oder nach telefonischer Anmeldung per Eilboten aufgeben!

Zeichenerklärung:

1 = Untersuchung erfolgt in einem akkreditierten und zertifizierten Labor des DRK-Blutspendedienstes

V = Vollblut ohne Zusätze (10 ml Serumröhrchen)	E = EDTA-Blut 5 ml E20 = EDTA-Blut 20ml
C = Citratblut	U = Urin, mindestens 20ml
■ = nicht kühl lagern!	M = Medikament

Anmerkungen:

……

……

Blutentnahme durch (bei Delegation):

_____ _____
Datum Uhrzeit Unterschrift Name (Druckbuchstaben)

Verantwortlich für die Identität der Probe sowie Anforderung der Laborleistung:

_____ _____
Datum **Uhrzeit** **Unterschrift Arzt** Name (Druckbuchstaben)