Institut für Transfusionsmedizin und Immunologie Mannheim
DRK-Blutspendedienst Baden-Württemberg – Hessen gemeinnützige GmbH
Theodor-Kutzer-Ufer 1-3, 68167 Mannheim Ärztlicher Direktor: Univ.-Prof. Dr. med. Harald Klüter

Anforderungsschein für Granulozytenkonzentrat

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

Patient:

Name, Vorname:
Geburtsdatum:
Anschrift:
Geschlecht:

Einsender-Stempel:

Name / Telefonnummer Arzt: _____

Name / Telefonnummer Station: _____

Angabe Krankenkasse: ☐ Privat versichert (Wahlleistung) ☐ Gesetzlich versichert

► **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!

Blutgruppenbefund mit Rhesusformel:

HLA-Antikörper vorhanden?
☐ nein
☐ ja, Spezifitäten:
……..……

Z. n. Stammzelltransplantation
☐ nein
☐ ja, wann:

Blutgruppenbefund mit Rhesusformel
vor Tx:

nach Tx:

Stammzelltransplantation geplant
☐ nein
☐ ja, wann:

Familienspender? ☐ ja ☐ nein
Haploident? ☐ ja ☐ nein

Transfusionen:
☐ nein
☐ ja (innerhalb der letzten 4 Wochen)

Mit Granulozytenkonzentrat: ☐ ja ☐ nein

Schwangerschaften ☐ nein
☐ ja, wann:

Bekannte immunhämatologische Auffälligkeiten (z.B. irreguläre Antikörper)? Falls ja, bitte genaue Angaben:

☐ Therapie mit Antikörpern (z.B. Daratumumab, ATG)

☐ Therapie mit hochdosiertem i.v. IgG

☐ Therapie mit Beta-Laktam-Antibiotika

Anforderung von Granulozytenkonzentrat
(10 ml EDTA-Blut; 20 ml Vollblut; bei Nachfolgeanforderung je 10 ml)
- Gilt als ärztliche Verordnung -

Potentielle Granulozytenspender aus dem Patientenumfeld
☐ nein

☐ ja – bitte nehmen Sie mit uns Rücksprache auf

Angaben zur Indikation:

Therapeutisch	Prophylaktisch	Granulozytendefekt
☐ progrediente Infektion	☐ hohes Risiko einer lebensbedrohlichen Infektion, z.B. septische Op	☐ progrediente Infektion
☐ schwere Granulozytopenie (< 500/ul)	☐ schwere Granulozyto-penie (< 500/ul)	☐ lebensbedrohlicher Verlauf
☐ bestmögliche antibiotische/ antimykotische Therapie seit mehr als 48 h		
☐ lebensbedrohlicher Verlauf		

Ergänzung:

Bereitstellung:

☐ 2 x /Woche

☐ 3 x /Woche

☐ ab (Datum:) ……..

☐ geteilt (2 Präparate, Laufzeit 24h)

☐ Bitte Anruf, wenn Präparat bereitsteht. Tel.-Nr.:

Körpergewicht des Patienten: _____ kg

CMV-Status des Patienten: negativ ☐ positiv ☐

Präparat CMV-Antikörper negativ ☐ egal ☐

Abholung bei externen Einsendern:

☐ wird abgeholt (Taxi, Hausfahrer)

☐ Depot- / Expressfahrer Blutspendedienst

Datum / Uhrzeit / Name des anfordernden Arztes (Druckbuchstaben):

Unterschrift / Bestätigung Probenidentität