



Institut für Transfusionsmedizin und Immunologie Mannheim

DRK-Blutspendedienst Baden-Württemberg/Hessen gemeinnützige GmbH
Theodor-Kutzer-Ufer 1-3, 68167 Mannheim · Direktor: Univ.-Prof. Dr. med. Harald Klüter



Blutgruppenserologie

Tel. 06 21 / 37 06 - 9 33 oder - / 383 - 24 06

Fax: 06 21 / 37 06 - 9 31 oder - / 383 - 22 46

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

- stationär privat (Wahlleistung)
- ambulant (Überweisungsschein) Krankenkasse

Einsender

(Anschrift)

Telefon-/Faxnummer

Patientenadrema

Geschlecht w m

Patientenangaben: bitte unbedingt ausfüllen

Diagnose: Bemerkungen: <input type="checkbox"/> infektiös	Transfusionen: <input type="checkbox"/> nein (nicht innerhalb der letzten 3 Monate) <input type="checkbox"/> ja (innerhalb der letzten 2 Wochen) <input type="checkbox"/> ja (innerhalb der letzten 3 Monate)
Bekannte serologische Probleme? Bitte Angaben:	Z.n. Stammzell-/Knochenmark- Transplantation <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, wann
Schwangerschaft/Fehlgeburt? <input type="checkbox"/> Ja SSW:	<input type="checkbox"/> Nein ECMO <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Neu- und Frühgeborene, Schwangere:

Daten der Mutter: Name, Vorname, Geburtsdatum:	Anti-D Prophylaxe d. Mutter / Schwangeren <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Wann:
Bei Frühgeborenen: Errechneter Geburtstermin: <input type="checkbox"/> aktuelles Gewicht < 1000g (ungekreuzte Ausgabe – 0 RhD negativ)	Bekannter Allo-Antikörper der Mutter: Intrauterine Transfusion <input type="checkbox"/> Ja, wann zuletzt:

Blutgruppenserologie-Routine: 7.30–17.00 Uhr

Anforderung Blutkomponenten- 2x 4,9 ml EDTA Blut

		Anzahl	Präparat	
Blutgruppe (AB0; Rh-Faktor; AKS)	E		Erythrozytenkonzentrat	Bestrahlung <input type="checkbox"/> JA (Produkte sollen bestrahlt werden)
nur Antikörpersuchtest (AKS)	E		Thrombozytenkonzentrat, gepoolt	
DAT/DCT (direkter Coombstest)	E		Thrombozytenkonzentrat, Apherese	CMV negativ <input type="checkbox"/> JA
Antikörperdifferenzierung	E		Thrombozytenkonzentrat HLA- oder HPA-ausgewählt	
Abklärung oder Verlaufskontrolle AIHA	V / E	Rücksprache erforderlich!	Gefrorenes Frischplasma	
Abklärung bei Verdacht auf Mhn	E		Eigenblut	
Voruntersuchung bei geplanter monoklonaler AK-Therapie (z.B. Daratumumab), ABO, Rhesus, weitere Blutgruppenantigene	E		Baby-Portionierung eines Erythrozytenkonzentrates (= 4 Beutel)	
PCR-Weiterführende molekularbiologische Untersuchung, bei serolog. Auffälligkeiten (AB0, Rhesus, weitere Blutgruppenantigene)	E			
Titerverlaufskontrolle bei Allo-Antikörper (z.B. während der Schwangerschaft)	E			
Isoagglutinin-Titer	V / E			
Hämolyse*	V ☞ ***			
Kälteagglutinine (Transport bei 37°C)*	V / E ☞			
Medikamentenabhängige Antikörper*	V U M ●			
Nachweis / Differenzierung von Kryoglobulin und Kryofibrinogen (Transport bei 37°C)*	V E ☞ *** ●			
Donath-Landsteiner-AK (Transport bei 37°C)*	V *** ●			
Abklärung von Transfusionsreaktion (V.a. UAW)	#			

Legende: V = Vollblut ohne Zusätze (1x10ml) E = EDTA Blut (2x4,9ml)
 M = Medikament U = Urin ● = Rücksprache mit Labor
 *** = warm abgenommenes Blut, Transport bei 37°C * nicht akkreditiert
 # EDTA + Vollblut vor u. nach Transfusion + Präparat
 ☞ **Annahme der Blutproben: Mo-Do: 08.00-15.00 Uhr · Fr: 08.00-12.00 Uhr**

Gewünschter Transport bei externen Einsendern

- per Taxi (wird von Blutbank organisiert)
- wird abgeholt (Transport wird vom Einsender organisiert)
- DRK-Fahrdienst (nur für Arztpraxen, Fahrt per Fax angemeldet haben)
- externer Fahrdienst (z.B. Labway, Regelung durch Auftraggeber)

Angaben zur Dringlichkeit der Untersuchung

- OP-Vorbereitung auf Abruf- Datum/Uhrzeit:
- am (nächsten) Vormittag ab 09.30 Uhr
- Nach Ankunft der Probe im Labor – innerhalb von:**
- 24 Stunden
- 6 Stunden

Notfallindikation:

- 3 Stunden (dringend)
- Notfall (mit Kreuzprobe 1 Stunde)
- Bitte Anruf, wenn Präparate bereitstehen, Tel.-Nr.:

Unterschrift – ärztliche Verordnung

Blutabnahme durch:

Datum / Uhrzeit, Name (Druckbuchstaben) des Abnehmenden

Verantwortung für die Identität der Blutprobe und Anforderung der Blutpräparate / Laborleistungen

Datum / Uhrzeit, Name (Druckbuchstaben), Unterschrift Arzt