

Auftrag für

Kreuzlabor Kassel - Praxis MUDr. Sireis

Mönchebergstr. 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 d

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

AB0-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

Schnelltest (2-3 Stunden) Notfalltransfusion
Ek innerhalb 2-3 Stunden bereitstellen (nach telefonischer Rücksprache)

Aktuelle Vorbefunde (Bitte Kopie der Antigen-Tabellen mitschicken)

Suchzelle positiv: 1 2 3

Methode:

Direkter Antihumanglobulintest (DAT) pos neg

Bearbeitung innerhalb Tagesroutine (Normaltest)

Probeneingang Mo-Fr. von 8:00 -18.00 Uhr

Von der Klinik auszufüllen!

Anzahl	Blutprodukt	gelief.
	Leukozytenarmes Erythrozytenkonzentrat	
	Thrombozytapheresekonzentrat (Zellseparator) (leukozytenarm)	
	Leukozytenarmes Thrombozytenkonzentrat (aus 4 Spenden)	
	Gefrorenes Frischplasma (quarantäne-gelagert)	

Bitte ankreuzen!

Laborleistungen

<input type="checkbox"/>	Blutgruppenbestimmung und Rh-Faktor
<input type="checkbox"/>	Blutgruppenbestimmung und Rhesusformel (bei langfristigem Transfusionsbedarf, bei erythr. Antikörpern, bei Frauen im gebärfähigen Alter)
<input type="checkbox"/>	Antikörpersuchtest
<input type="checkbox"/>	DAT (Direkter Antihumanglobulintest)
<input type="checkbox"/>	HLA-Typisierung (nach Rücksprache)
<input type="checkbox"/>	HLA B27
<input type="checkbox"/>	Thrombozytäre Diagnostik

Vom Blutspendedienst auszufüllen

<input type="checkbox"/>	CMV-negativ (Art. Nr. M705)		
	Präparat teilen: 4 Teile	3982	Blutgruppenbestimmung und Rhesusfaktor
	Eigenblut-Erythrozytenkonzentrat	3983	Blutgruppenbestimmung und Rh-Untergruppe
	Eigenblut-Gefrorenes Frischplasma	4000	Kreuzprobe
	Gewaschenes Erythrozytenkonzentrat (nur nach Rücksprache m. BSD-Arzt!)	3988	Antikörpersuchtest (Coombs)
		3991	Antikörpersuchtest (Enzym)
Hinweis	Bei ambulanter Transfusion zusätzlich Rezept beilegen	3989	Antikörper-Differenzierung (Liss/Coombs)
Anzahl:		3992	Antikörper-Differenzierung (Enzym/NACL)
	Transfusionsbesteck (Art. Nr. M0415)	3997	DAT polyspez.
	Bedside Test Art. Nr. (M0432)	3998	DAT monospez.
Sonstiges:		3984	Le ^a , Le ^b , M, N, S, P1, C, c, E, e, A ₁ , H
		3985	Cw, Kell, D ^u , Fy ^a , Fy ^b , Kp ^a , Kp ^b , Js ^a , Js ^b ,
Auftragsnr.		3986	Jk ^a , Jk ^b , Lu ^a , Lu ^b , k, s, Wr ^a , Co ^b ,
		3980	ABD-Bestimmung
		3993	Dilution
		3999	Elution

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.