

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

Aktuelle Vorbefunde (Bitte Kopie der Antigen-Tabellen mitschicken)

Suchzelle positiv: 1 2 3

Methode:

Direkter Antihumanglobulintest (DAT) pos neg

Schnelltest (2-3 Stunden)
 Ek innerhalb 2-3 Stunden bereitstellen
 (nach Ankunft der Probe im Labor)

Notfalltransfusion
 (nach telefonischer Rücksprache)

Bearbeitung innerhalb Tagesroutine (Normaltest)

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

Von der Klinik auszufüllen!

Bitte ankreuzen!

Laborleistungen

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

<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

Bitte ankreuzen! **Sonderanforderungen**

Vom Blutspendedienst auszufüllen

<input type="checkbox"/>	Bestrahlen
<input type="checkbox"/>	CMV-negativ (Art. Nr. M705)
<input type="checkbox"/>	Präparat teilen: 4 Teile
<input type="checkbox"/>	Eigenblut-Erythrozytenkonzentrat
<input type="checkbox"/>	Eigenblut-Gefrorenes Frischplasma
<input type="checkbox"/>	Gewaschenes Erythrozytenkonzentrat (nur nach Rücksprache m. BSD-Arzt!)
Hinweis	Bei ambulanter Transfusion zusätzlich Rezept beilegen
Anzahl:	
<input type="checkbox"/>	Transfusionsbesteck (Art. Nr. M0415)
<input type="checkbox"/>	Bedside Test Art. Nr. (M0432)
Sonstiges:	
Auftragsnr.	

3982	Blutgruppenbestimmung und Rhesusfaktor
3983	Blutgruppenbestimmung und Rh-Untergruppe
4000	Kreuzprobe
3988	Antikörpersuchtest (Coombs)
3991	Antikörpersuchtest (Enzym)
3989	Antikörper-Differenzierung (Liss/Coombs)
3992	Antikörper-Differenzierung (Enzym/NACL)
3997	DAT polyspez.
3998	DAT monospez.
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 ,
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.

Dokument: : 31272 / 1 - : Anforderungsschein Kassel extern	Hinweise:	Gültig ab:24.09.2021
Geltungsbereich: Kassel-Vertrieb;Kassel-Immunhämatologie-Patientendiagnostik;Kassel-Praxis MUDr.W.Sireis Transfusionsmedizin;		Status: Gültig
Gültige bzw. genehmigte Formblätter sind elektronisch signiert und daher ohne Unterschrift gültig.		Seite 2 von 2