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

Patient:				Anforderungsschein für		
Name, Vorname:				Granulozytenkonzentrat		
Geburtsdatum:				Hausspende / Apherese		
Anschrift:				Tel.: 0621 / 37 06 – 0 oder 877		
Geschlecht:				Fax: 0621 / 37 06 – 859		
Einsender-Stempel:				► Blutproben bitte senden an: Ausgabe des Instituts Mannheim		
Name / Telefonnummer Arzt:				Friedrich-Ebert-Straße 107 68167 Mannheim		
Name / Telefonnummer	Station:			Tel.: 0621 / 37 06 – 890 (24 h besetzt)		
Angabe Krankenkasse:	Privat versichert (Wahlle	istung)	ersichert			
Diagnose:						
Bitte den Schein immer vollstän Gewünschte Untersuchung ankr	dig (Name, Vorname, Geb. euzen! Die ausgefüllte A	Datum des Patienten, Abn Anforderung an die obe	ahmeda n genar	tum, Uhrzeit und Unterschrift des Arztes) ausfüllen! nnte Faxnummer senden!		
Blutgruppenbefund mit Rhesusformel:		HLA-Antikörper vorhanden? ☐ nein		Z. n. Stammzelltransplantation		
		☐ ja, Spezifitäten:		☐ ja, wann:		
				Blutgruppenbefund mit Rhesusformel vor Tx:		
Transfusionen:		☐ Therapie mit Antikörpern (z.B. Daratumumab, ATG)		nach Tx:		
☐ ja (innerhalb der letzten 4	Wochen)		,	04		
Mit Granulozytenkonzentrat: ☐ ja ☐ nein		☐ Therapie mit hochdosiertem i.v. lgG ☐ Therapie mit Beta-Laktam-Antibiotika		Stammzelltransplantation geplant nein ja, wann:		
Schwangerschaften ☐ nein ☐ ja, wann:				Familienspender? ☐ ja ☐ nein		
Bekannte immunhämatologische Auffälligkeiten (z.B. irreguläre Antikörper)? Falls ja, bitte genaue Angaben:				Haploident? ☐ ja ☐ nein		
Anforderung von Granuloz (10 ml EDTA-Blut; 20 ml Volli - Gilt als ärztliche Verordnung	lerung je 10 ml)		tielle Granulozytenspender aus dem Patientenumfeld in – bitte nehmen Sie mit uns Rücksprache auf			
Ana	aben zur Indikation	1:	Bereit	stellung:		
Therapeutisch	Prophylaktisch	Granulozytendefekt		•		
progrediente Infektion	☐ hohes Risiko einer lebensbedrohlichen Infektion,	progrediente Infektion		2 x /Woche 3 x /Woche		
schwere Granulozytopenie	z.B. septische Op	☐ lebensbedrohlicher				
(< 500/ul) □ bestmögliche antibiotische/	penie (< 500/ul)	Verlauf		ab (Datum:)		
antimykotische Therapie seit mehr als 48 h				geteilt (2 Präparate, Laufzeit 24h)		
☐ lebensbedrohlicher Verlauf				Bitte Anruf, wenn Präparat bereitsteht. TelNr.:		
Ergänzung:						
Körpergewicht des Patienten: kg			Abhol	lung bei externen Einsendern:		
CMV-Status des Patienten: negativ ☐ positiv ☐				wird abgeholt (Taxi, Hausfahrer)		
Präparat CMV-Antikörper	negativ 🗌 eg	gal 🗌		Depot- / Expressfahrer Blutspendedienst		
Datum / Uhrzeit / Name des anfordernden Arztes (Druckbuchstaben):			Unters	schrift / Bestätigung Probenidentität		

Dokument: : 21636 / 6 - : Anforderungsschein für Granulozytenkonzentrat (Hinweise:	Gültig ab: 19.08.2021
Geltungsbereich: Mannheim-stationäre Entnahme;	Status: Gültig	
Gültige bzw. genehmigte Formblätter sind elektronisch signiert und daher ohne Unterschrift o	Seite 1 von 1	