



**Institut für Transfusionsmedizin und Immunhämatologie**  
**DRK-Blutspendedienst Baden-Württemberg – Hessen**  
 Ärztlicher Leiter: Prof. Dr. med. M. Müller-Steinhardt  
 Gunzenbachstraße 35 · 76530 Baden-Baden  
 Telefon 0 72 21 / 21 40 Fax 0 72 21 / 21 43 79

|                                     |
|-------------------------------------|
| Nur für Einträge des Instituts      |
| <b>Auftragsnummer:</b>              |
|                                     |
| Probe eingetroffen / Uhrzeitstempel |

## Anforderungsschein für Laborleistungen

Bitte vollständige Angaben!

|                  |
|------------------|
| Name: _____      |
| Vorname: _____   |
| Straße/Nr. _____ |
| Wohnort: _____   |

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geschlecht:  w  m

|  |
|--|
| <b>Bitte unbedingt Kostenträger angeben</b>            |
| Abrechnung über:                                       |
| <input type="checkbox"/> Krankenhaus / stationär       |
| <input type="checkbox"/> Überweisungsschein / ambulant |
| <input type="checkbox"/> Privat / Wahlleistung         |

**Blutgruppe (wenn bekannt):** \_\_\_\_\_  
 Bluttransfusionen in den letzten 3 Monaten  
 Schwangerschaft in den letzten 3 Monaten  
 Anti-D-Prophylaxe in den letzten 6 Monaten  
 Allogene Stammzell-/Knochenmarktransplantation  
 Therapie mit Daratumumab in den letzten 6 Monaten  
 Therapie mit Immunglobulinen in den letzten 3 Monaten

**Tag der Blutentnahme:** \_\_\_\_\_  
 nein  ja  wann zuletzt: \_\_\_\_\_  
 nein  ja  wann: \_\_\_\_\_  
 nein  ja  wann: \_\_\_\_\_  
 nein  ja  wann: \_\_\_\_\_  
 nein  ja  wann: \_\_\_\_\_

**Klinische Diagnose:** \_\_\_\_\_

**Grund der Einsendung:** \_\_\_\_\_

**Gewünschte Untersuchungen:** (Einsendematerial – siehe Rückseite)

- Blutgruppe komplett** ABO-Merkmale, Isoagglutinine, Rh-Unterguppe (C, c, D, E, e), Kell-Merkmal K ggf. k, Antikörpersuchtest mit drei verschiedenen Test-Erythrozyten-Präparationen im indirekten Antihumanglobulintest und im Enzymmilieu
- Antikörperdifferenzierung** mit zwölf verschiedenen Test-Erythrozyten-Präparationen im indirekten Antihumanglobulintest und im Enzymmilieu ggf. Bestimmung des Antikörpertiters
- Abklärung** des positiven direkten Antihumanglobulintests (direkten Coombstests)
- Kälteagglutinine** / quantitative Bestimmung
- Kreuzprobe** / serologische Verträglichkeitsprobe bei Ersteinsendung inkl. kompletter Blutgruppe und Antikörpersuchtest bei Folgeinsendungen inkl. ABO-Identitätstest und Antikörpersuchtest
- Erythrozytenkonzentrat – Anzahl: \_\_\_\_\_
- Bestrahtetes Erythrozytenkonzentrat – Anzahl: \_\_\_\_\_
- Gewaschenes Erythrozytenkonzentrat – Anzahl: \_\_\_\_\_
- Baby-Erythrozytenkonzentrate (vier Einzelbeutel à ca. 60 ml)
- Serologische Untersuchungen** bei Verdacht auf Morbus haemolyticus neonatorum (MHN)
- Serologische Untersuchungen** bei Verdacht auf autoimmune hämolytische Anämie (AIHA)
- Serologische Untersuchungen** bei Transfusionszwischenfall (bitte unbedingt „Bericht über Transfusionsreaktion“ beifügen)
- Weitere Untersuchungen** (siehe Rückseite)
- Akut lebensbedrohlicher Fall**  
 Bearbeitung auch außerhalb der regulären Dienstzeit aus medizinischen Gründen erforderlich

Bitte Rückseite beachten!

|   |   |                                |
|---|---|--------------------------------|
| Unterschrift des für die Identität der Blutproben und die Anforderung der Blutprodukte Verantwortlichen | Stempel des Krankenhauses / der Praxis: | Blutprobe abgenommen durch:    |
| Datum _____ Unterschrift des Arztes _____   |   | Datum _____ Unterschrift _____ |
| Name in Druckbuchstaben _____   |   | Name in Druckbuchstaben _____  |

112941

## Weitere Untersuchungen

| 1                                 | 2  | 3 | Bezeichnung   | 1   | 2 | 3 | Bezeichnung                                      |
|-----------------------------------|----|---|---|---|---|---|--|
| <b>Blutgruppenserologie</b>       |    |   |   | <b>Lymphozytäre Antikörper</b>                |   |   |  |
|                                   | V  |   | Hämolyisin-Test   |   | V |   | LCT (Lymphozyten-zytotoxischer Test)             |
|                                   | V  |   | Isoagglutinine / Immunantikörper quantitativ  | <b>Medikamentenabhängige Antikörper</b>       |   |   |  |
|                                   | V  |   | Medikamentenabhängige erythrozytäre Antikörper  |   | V |   | GIFT (Granulozyten-Immunfluoreszenztest)         |
|                                   | EH |   | Erythrozytengebundene IgG-Subklassen 1 - 4  |   | V |   | PIFT (indirekter Plättchen-Immunfluoreszenztest) |
|                                   | EV |   | Donath-Landsteiner - serologische Diagnostik  | <b>HLA-Antikörper</b>                         |   |   |  |
|                                   | EV |   | Nachweis der T-Aktivierung auf Erythrozyten   |   | V |   | Suchtest   |
|                                   | EH |   | Untersuchung auf Chimärismus  |   | V |   | Differenzierung                                  |
|                                   | EV |   | Untersuchungen auf Rhesus D-Kategorien  | <b>HLA-Antigene ***</b>                       |   |   |  |
|                                   | C  |   | Molekularbiologische Bestimmung von Blutgruppen-Antigenen (z. B. Rhesus D-PCR)        |   | C | Δ | HLA-B 27   |
| <b>Infektionsserologie</b>        |    |   |   |   | C | Δ | HLA-ABC (Klasse I)                               |
|                                   | V  |   | Anti-HIV 1 und 2 (ggf. Western-Blot und PCR)  |   | C | Δ | HLA-DR (Klasse II)                               |
|                                   | V  |   | Anti-CMV  |   | C | Δ | HLA-DR, -DQ (Klasse II)                          |
|                                   | V  |   | TPHA (ggf. Enzym-Immuno-Assay und Western-Blot)                                       |   | C | Δ | HLA-ABC, -DR, -DQ (Volltypisierung)              |
|                                   | V  |   | Hepatitis-Serologie (HBs-Ag, Anti-HBc-Ak IgG, Anti-HBc-Ak IgM, Anti-HBs-Ak, Anti-HCV) |   | C | Δ | HLA-DRB-high resolution                          |
|                                   |    |   |   |   | C | Δ | HLA-DQB-high resolution                          |
|                                   |    |   |   |   | C | Δ | HLA-DPB-high resolution                          |
| <b>Thrombozytäre Antikörper</b>   |    |   |   | <b>Kreuzprobe (crossmatch) mit ***</b>        |   |   |  |
|                                   | EV | Δ | PIFT (direkter Plättchen-Immunfluoreszenztest) ***                                    |   | V |   | Thrombozyten                                     |
|                                   | V  |   | PIFT (indirekter Plättchen-Immunfluoreszenztest)                                      |   | V |   | Lymphozyten                                      |
|                                   | V  |   | MAIPA (monoclonal antibody specific immobilization of platelet antigens)              |   | V |   | Granulozyten                                     |
|                                   | V  |   | Screening auf thrombozytäre und HLA-Antikörper  |   | V |   | Monozyten  |
|                                   | V  |   | Heparin induzierte Thrombozytopenie (HIT Typ II)                                      | <b>Hämoglobinanomalien</b>                    |   |   |  |
| <b>Thrombozytäre Antigene ***</b> |    |   |   |   | E |   | Hämoglobin-Elektrophorese                        |
|                                   | H  | Δ | HPA-Phänotypisierung  |   | E |   | Hämoglobin F                                     |
|                                   | H  | Δ | GP-Phänotypisierung   |   | E |   | Hämoglobin A2                                    |
|                                   | H  | Δ | weitere Antigene  |   | E |   | Instabile Hämoglobine                            |
| <b>Monozytäre Antikörper</b>      |    |   |   | <b>Hormone</b>                                |   |   |  |
|                                   | V  |   | MCT (Monozyten-zytotoxischer Test)  |   | V |   | Erythropoetin                                    |
|                                   | V  |   | IPI (Immunphagozytose-Inhibitionstest)  | <b>Molekularbiologie von Immundefektgenen</b> |   |   |  |
| <b>Granulozytäre Antikörper</b>   |    |   |   |   | E |   | Wiskott-Aldrich Syndrom (WAS)                    |
|                                   | V  |   | GAT (Granulozyten-Agglutinationstest)   |   | E |   | Rekombinase aktivierendes Gen 1 (RAG1)           |
|                                   | V  |   | GCT (Granulozyten-zytotoxischer Test)   |   | E |   | Rekombinase aktivierendes Gen 2 (RAG2)           |
|                                   | V  |   | GIFT (Granulozyten-Immunfluoreszenztest)  |   | E |   | Commongamma chain (γc) XSCID                     |
|                                   |    |   |   |   | E |   | Purinukleosidphosphorylase (PNP)                 |

1 Gewünschte Untersuchung - bitte ankreuzen

2 Probenmaterial

3 Lagerung

Zeichenerklärung: Δ = bitte nicht kühl lagern!

V = Nativblut

E = EDTA-Blut

H = Heparinblut

C = Citratblut

EV = EDTA- + Nativblut

\*\*\* = Proben bitte nur nach telefonischer Anmeldung von Montag bis Mittwoch per Eilboten absenden!

### Einsendematerial:

Blutgruppenbestimmung, Antikörperdifferenzierung, Kreuzprobe: 10 ml **EDTA-Blut** und 10 ml **Nativblut**.

### Kälteagglutininbestimmung:

- Abnahme von mindestens 4 ml Natrium-Citrat-Blut.

- Die Blutprobe sofort zentrifugieren (3 min. bei 1.500 g) und das Plasma in ein steriles Röhrchen abhebern.

- Von der Blutentnahme bis zur Trennung in Plasma und Erythrozyten darf das Blut nicht abkühlen!

- Plasma und Erythrozyten in getrennten Röhrchen umgehend einsenden.

Serologische Untersuchungen bei Verdacht auf Morbus haemolyticus neonatorum:

Mutter: 10 ml **EDTA-Blut** und 10 ml **Nativblut**; Kind: 3 ml **EDTA-Blut**.

Serologische Untersuchungen bei Verdacht auf autoimmunhämolytische Anämie: 20 ml **EDTA-Blut**.

Serologische Untersuchungen bei Transfusionszwischenfall:

10 ml **EDTA-Blut** und 10 ml **Nativblut** des Patienten - möglichst **vor** und **nach** der Transfusion, Blutkonservenbeutel, **Transfusionszwischenfall-Bericht**.

**Probenannahme:** Montag bis Donnerstag: 7.00 bis 16.00 Uhr, Freitag: 7.00 bis 14.00 Uhr

Für Notfälle steht Ihnen unser Rufbereitschaftsdienst (MTA und Arzt) täglich rund um die Uhr zur Verfügung.

Nach den Richtlinien zur Gewinnung von Blut und Blutbestandteilen und zur Anwendung von Blutprodukten ist die serologische Verträglichkeitsprobe spätestens nach 3 Tagen mit einer frisch entnommenen Empfängerblutprobe zu wiederholen (Ziffer 4.2.5.9)—dies gilt auch für vorher bereits verträglich befundete Erythrozytenkonzentrate ist vor jeder Transfusion—unabhängig von der Kreuzprobe—zusätzlich ein ABO-Identitätstest ("Bedside-Test") beim Empfänger durchzuführen (Ziffer 4.3.2.1).

BS-07-04-A