



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"/> Infektions	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 Angeben:	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

Blutgruppe(AB0; Rh-Faktor; AKS)	E	Anzahl	Präparat		
nur Antikörpersuchtest(AKS)	E		Erythrozytenkonzentrat		Bestrahlung <input type="checkbox"/> JA (Produkte sollen bestrahlt werden)
DAT/DCT (direkter Coombstest)	E		Thrombozytenkonzentrat, gepoolt		
Antikörperdifferenzierung	E		Thrombozytenkonzentrat, Apherese		CMV negativ <input type="checkbox"/> JA
Abklärung oder Verlaufskontrolle AIHA	V / E		Thrombozytenkonzentrat HLA- oder HPA-ausgewählt		
Abklärung bei Verdacht auf Mhn	E	Rücksprache erforderlich!	Gefrorenes Frischplasma		
Voruntersuchung bei geplanter monoklonaler AK Therapie (z.B. Daratumumab), ABO, Rhesus, weitere Blutgruppenantigene	E		Eigenblut		
PCR-Weiterführende molekularbiologische Untersuchung, bei serolog. Auffälligkeiten (AB0, Rhesus, weitere Blutgruppenantigene)	E		Baby-Portionierung eines Erythrozytenkonzentrates (= 4 Beutel)		
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)	#				

Angaben zur Dringlichkeit der Untersuchung

OP-Vorbereitung auf Abruf- Datum/Uhrzeit: <input type="checkbox"/> am (nächsten) Vormittag ab 09.30 Uhr	Nach Ankunft der Probe im Labor – innerhalb von: <input type="checkbox"/> 24 Stunden <input type="checkbox"/> 6 Stunden
Notfallindikation: <input type="checkbox"/> 3 Stunden (dringend) <input type="checkbox"/> Notfall (mit Kreuzprobe 1 Stunde)	
<input type="checkbox"/> 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 _____

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)

Exemplar für das Labor

Bestell-Nr. 120592

28974/4



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"/> Infektios		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	<input type="checkbox"/> Therapie mit monoklonalen AK (z.B. Daratumumab) <input type="checkbox"/> Therapie mit hochdosiertem i.v. IgG <input type="checkbox"/> Beta-Laktam-Antibiotika	
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		Gefrorenes Frischplasma	
Abklärung bei Verdacht auf Mhn	E	Rücksprache erforderlich!	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 ☞ ***			
Kalteagglutinine (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)	#			

Angaben zur Dringlichkeit der Untersuchung

<input type="checkbox"/> OP-Vorbereitung auf Abruf- Datum/Uhrzeit: <input type="checkbox"/> am (nächsten) Vormittag ab 09.30 Uhr Nach Ankunft der Probe im Labor - innerhalb von: <input type="checkbox"/> 24 Stunden <input type="checkbox"/> 6 Stunden Notfallindikation: <input type="checkbox"/> 3 Stunden (dringend) <input type="checkbox"/> Notfall (mit Kreuzprobe 1 Stunde) <input type="checkbox"/> Bitte Anruf, wenn Präparate bereitstehen, Tel.-Nr.:

Unterschrift - ärztliche Verordnung

Gewünschter Transport bei externen Einsendern <input type="checkbox"/> per Taxi (wird von Blutbank organisiert) <input type="checkbox"/> wird abgeholt (Transport wird vom Einsender organisiert) <input type="checkbox"/> DRK-Fahrdienst (nur für Arztpraxen, Fahrt per Fax angemeldet haben) <input type="checkbox"/> externer Fahrdienst (z.B. Labway, Regelung durch Auftraggeber)	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
---	--

Exemplar zum Verbleib beim Einsender

28974/4

HE-Druck: B0hl - 03 / 2021



Empfehlung des DRK-Blutspendedienstes Baden-Württemberg|Hessen, Institut für Transfusionsmedizin und Immunologie Mannheim, zur Durchführung von Bluttransfusionen, basierend auf den Richtlinien zur Gewinnung von Blut und Blutbestandteilen und zur Anwendung von Blutprodukten (Hämotherapie) der Bundesärztekammer und des PEI

Durchführung von Transfusionen

Eine Transfusion darf nur von einem Arzt eingeleitet werden. Es gelten die jeweils aktuellen Richtlinien der BÄK. Der transfundierende Arzt hat unmittelbar vor jeder Transfusion, das heißt auch bei jedem einzelnen Blutpräparat, persönlich zu überprüfen:

- Ob das Blutpräparat für den betreffenden Empfänger bestimmt ist, das heißt den Patienten aktiv nach Namen, Vornamen und Geburtsdatum fragen, und die Patientenidentität mit den Personalien auf dem Kreuzprobenbegleitschein und dem Präparat-Patienten-Etikett abzugleichen. Auf dem Kreuzprobenbegleitschein sind die ausgegebenen und in der Regel auf diese Anforderung bereitgestellten Erythrozytenkonzentrate sowie die Ergebnisse der serologischen Untersuchung vermerkt.
- Ob die Präparate-Nummer mit der Nummer auf dem Kreuzprobenbegleitschein übereinstimmt.
- Ob die Blutgruppe des Präparates (Präparateetikett) dem Blutgruppenbefund des Empfängers entspricht bzw. mit diesem kompatibel ist.
- Ob der Blutpräparatebeutel unversehrt ist und das Verfallsdatum nicht überschritten ist.
- Ob die Verträglichkeitsprobe (Kreuzprobe) gültig ist.

Die Punkte a. – d. gelten für Erythrozytenkonzentrate, Thrombozytenkonzentrate und Plasma. Nach der Identitätssicherung müssen die Blutpräparate beim Patienten bleiben.

Gemäß § 13 Abs.1 S.2 TFG müssen die Anforderungen an die Aufklärung und Einwilligung für den Empfänger von Blutprodukten beachtet werden (siehe auch §§ 630d / 630e BGB).

Unmittelbar vor Beginn der Transfusion eines Blutpräparates oder einer Serie von Blutpräparaten muss der Arzt, der die Transfusion einleitet, persönlich – oder unter seiner direkten Aufsicht – am Patientenbett den ABO-Identitätstest (= Bedside-Test) durchführen. Eine Durchführung im Stationszimmer ist nicht zulässig. Mit diesem Test werden die ABO-Antigene auf den Patienten-Erythrozyten letztmalig geprüft und mit den Angaben auf dem Etikett des Blutpräparates und dem Kreuzprobenbegleitschein auf Übereinstimmung hin verglichen. Im einzelnen ist zu beachten:

- Der Bedside-Test muss mit Blut des zu transfundierenden Patienten durchgeführt werden. Die Erythrozytenkonzentrate können mitgetestet werden.
- Bei der Transfusion von Eigenblut muss der Bedside-Test sowohl mit Patientenblut als auch mit den autologen Erythrozyten-Konzentraten durchgeführt werden.
- Falls ein und derselbe Arzt bei einem Patienten in zeitlichem Zusammenhang eine Serie von Blutpräparaten transfundiert, so muss der Bedside-Test nur vor Transfusion des ersten Blutpräparates durchgeführt werden. Wechselt jedoch der transfundierende Arzt (z.B. Weitertransfusion bei Beginn des Bereitschaftsdienstes), so muss dieser Arzt vor der ersten Einleitung einer Transfusion bei dem Patienten erneut einen Bedside-Test durchführen.
- Das Ergebnis des Bedside-Tests ist dem Blutgruppenbefund des Patienten auf dem Kreuzprobenbegleitschein zu vergleichen und in der Krankenakte zu dokumentieren.
- Treten Diskrepanzen oder Schwierigkeiten bei der Interpretation des Testergebnisses auf, muss vor Beginn der Transfusion Kontakt mit dem Institut für Transfusionsmedizin und Immunologie Mannheim, Tel.: 0621/383-2406, aufgenommen werden.

Die Transfusion von Blutpräparaten erfolgt grundsätzlich über ein Transfusionsbesteck mit einem 170mm Transfusionsfilter ohne Belüftung und über einen eigenen venösen Zugang. Während der Transfusion sollen keine anderen Lösungen über den gleichen venösen Zugang infundiert werden. Nach der Einleitung der Transfusion muss zur Überwachung ein Arzt erreichbar und eine Pflegekraft für den Patienten in Rufnähe bleiben. In Abständen von 20 – 30 Minuten sollte während der Transfusion das Wohlbefinden des Patienten und ggf. Puls und Körpertemperatur kontrolliert werden. Die Verträglichkeit der Transfusion bzw. auftretende Nebenwirkungen sind schriftlich zu dokumentieren. Bei unerwünschten Reaktionen ist das Institut für Transfusionsmedizin und Immunologie Mannheim, Tel.: 0621/383-2406, zu verständigen. Nach Ende der Transfusion sollen ambulante Patienten mindestens noch 30 Minuten unter Kontrolle bleiben und erneut über Symptome von möglichen Nebenwirkungen aufgeklärt werden. Nach Ende der Transfusion muss das Transfusionsbesteck steril abgeklemmt werden und zusammen mit dem Restblutbeutel für 24 Stunden im Kühlschrank für eventuelle Nachuntersuchungen aufbewahrt werden.