

Absender <small>(z. B. Stempel)</small>

Anforderung für Zytapheresepräparate

Patient/in

geb. am Diagnose *

Fall-Nummer Krankenkasse

Blutgruppe * Rh Größe (cm)

HLA-Typ * A B Gewicht (kg) * Bei Erstanforderung

Bei Folgeanforderung für Spenderauswahl unbedingt angeben !!

Inkrement nach der letzten Einzelspender-Thrombozyten-Transfusion (Thrombozyten/ μ l)

Transfusion am BB vor Thr/ μ l Std. nach Thr/ μ l

Klinik Behandelnder Arzt
(Druckbuchstaben)

Station Telefon Nummer

Datum Unterschrift

Präparate

<input type="checkbox"/> HLA-typisierte Thrombozyten (Tk)	Anti-HLA / HPA-Antikörper <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> HLA-typisierte- Granulozyten	wenn ja, welche
<input type="checkbox"/> Spenderlymphozyten (SLT) *	Bestrahlen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> (sonstige)	Anti-CMV-negativ <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Volumen reduzieren <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

* Bitte zusätzliches Präparationsprotokoll ausfüllen ! wenn ja auf ml

Bestellung sofort

am
um Uhr

auf Abruf

Für Granulozyten- / Lymphozyten-LCT unbedingt angeben, falls Therapie mit ATG, OKT3, Campath, Mabthera, o.ä

.....

Auslieferung (nach Rücksprache)

<input type="checkbox"/> Versorgungswagen	<input type="checkbox"/> Bahnexpress-IC	<input type="checkbox"/> Taxi
<input type="checkbox"/> Depot-Fahrer	<input type="checkbox"/> Selbstabholer	<input type="checkbox"/>

Bearbeitung Datum Unterschrift Zellseparation