

Anforderung für Zytapheresepräparate

Patient/in Diagnose*

Geb. Gewicht*

Blutgruppe * Rh * Bei Erstanforderung

HLA-Typ A B Anti – HLA /HPA ja nein

HLA Typisierung und sofern vorhanden, Antikörperbefunde beilegen

Klinik Behandelnder Arzt

Station (Druckbuchstaben) Telefon Nummer

Datum Unterschrift

Präparate

HLA-typisierte Thrombozyten (Tk)

2 Einheiten (Doppelpräparat)

Anti-CMV-negativ

ja

nein

1 Einheit (Einzelpräparat)

Volumen reduzieren

ja

nein

..... (sonstige)

Transfusion geplant

am (Datum)

um (Uhrzeit)

auf Abruf

Auslieferung (nach Rücksprache)

Versorgungswagen

Taxi (Verantwortung Anforderer)

Depot-Fahrer

Selbstabholer

.....

Vom IKT Ulm auszufüllen

Bemerkungen: _____

Bearbeitung Datum Unterschrift Zellseparation

Datum

Unterschrift Zellseparation

Dokument: : 14136 / 4 - : Anforderung Zytapheresepräparate (FB-UL-E-030)	Hinweise:	Gültig ab: 26.01.2026
Geltungsbereich: Ulm-Zellseparation;		Status: Gültig
Gültige bzw. genehmigte Formblätter sind elektronisch signiert und daher ohne Unterschrift gültig.		Seite 1 von 1