

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