

Deutsches Rotes Kreuz

DRK-Blutspendedienst

Baden-Württemberg - Hessen gGmbH

Ärztl. Direktor: Prof. Dr. med. T. Tonn

Telefon (069) 6782-0, Telefax (069) 6782-110

Institut für Transfusionsmedizin und Immunhämatologie

DRK-Blutspendedienst

Sandhofstr. 1

60528 Frankfurt am Main

Sonderpräparate-Anforderung

Patientin: (Name, Vorname)

(Namensänderung bitte angeben)

Geb.-Datum:

Anschrift:

Kostenträger:

Klinik/Station:

Zuständiger Arzt:

Telefon:

Fax:

1 Anamnese

(bei erster Anforderung für die Schwangere bzw. das Kind bitte erweiterte Anamnese [Rückseite])
 ↓↓bitte immer angeben !

→ SSW:	Bekannte Antikörper (Vorsorgeheft):	Datum:	
→ -Gravida/	-Para	Doppler (PSV-MCA): am	Gewicht des Kindes: g am
→ Rh-Prophylaxe:	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	wenn ja, wann zuletzt:	Datum
→ Vortransfusionen:	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	wenn ja, wann zuletzt:	Datum

2 Laboranforderung

(Material für ery. Ak: 10 ml EDTA-Blut d. Mutter + Nabelschnur-/EDTA-Blut d. Kindes)
 für thrombozyt. Ak: 10 ml Nativblut + 10 ml EDTA-Blut d. Mutter sowie
 10 ml EDTA-Blut d. Vaters [ggfs. Nabelschnur-/EDTA-Blut d. Kindes])

Mutter

↓↓ Vorbefunde (bitte immer angeben !)

AB0- u. Rhesus-Blutgruppe:	Vorbefund
Antikörpersuchtest (AKS):	erythr. Antikörper: Vorbefund Titer: Datum
thrombozytäre Antikörper:	Vorbefund Titer: Datum

Neugeborenes Fetus (bei Mehrlingsschwangerschaft bitte genaue Bezeichnung des untersuchten Kindes)

→ Name, Vorname, Geb.-Datum:	Vorbefund
AB0- u. Rhesus-Blutgruppe:	Vorbefund
Direkter Antihumanglobulin-Test (DCT):	Vorbefund
Kreuzprobe mit maternalem Plasma:	irreg. Antikörper im Erythrozyteneluat: Vorbefund

3 Blutkomponenten-Anforderung

(↑↑ blutgruppenserologische Vorbefunde bitte immer angeben - s.o. !)

bestrahltes Erythrozytenkonzentrat zur intrauterinen Transfusion (PB19-PCR neg., CMV neg., HKT 0.70 - 0.80 L/L, Antigen-neg. für bekannte erythr. Antikörper d. Mutter - laut Ang.)		
→ AB0-Blutgruppe: 0	Rh-Untergruppe:	sonstige Blutgruppen
→ vorgesehener Transfusionszeitpunkt:	Datum, Uhrzeit	
<input type="checkbox"/> gewaschen, resuspendiert in isotonischer Kochsalzlösung		

bestrahlte/s Erythrozytenkonzentrat/e zur neonatalen Austauschtransfusion (PB19-PCR neg., CMV neg., resuspendiert in AB-GFP, HKT 0.55 - 0.65 L/L, Antigen-neg. für bek. erythr. AK d. Mutter - laut Ang.)		
→ AB0-Blutgruppe:	Rh-Untergruppe:	sonstige Blutgruppen
→ Gesamt-Volumen mind.:	ml	vorgesehener Transfusionszeitpunkt: Datum, Uhrzeit

bestrahltes Thrombozytenkonzentrat zur intrauterinen / neonatalen Transfusion (PB19-PCR neg., CMV negativ, eingeengt [mind. 2×10^{12} Thrombozyten/L])		
→ <input type="checkbox"/> Antigen-negativ für bekannte thrombozytäre Antikörper der Mutter (laut Angabe)	sonstige Merkmale	
→ AB0-Blutgruppe:	RhD:	sonstige Blutgruppen
→ vorgesehener Transfusionszeitpunkt:	Datum, Uhrzeit	

Verantwortlich für die Identität der Blutproben und die Anforderung der Blutprodukte

Datum

Unterschrift

Name des Arztes (Druckbuchstaben)

Blutprobe abgenommen durch:

Datum

Unterschrift

Name (Druckbuchstaben)

Patientin: (Name, Vorname)

Geb.-Datum:

4 erweiterte Anamnese (bei erster Anforderung für die Schwangere bzw. das Kind)

aktuelle Schwangerschaft

-Gravida/	-Para		
Klinische Befunde:			
Ultraschall:	<input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> Anämiezeichen <input type="checkbox"/> Hydrops <input type="checkbox"/> Blutungszeichen <input type="checkbox"/> sonstiges,		
Fetales Blutbild:	Hb:	g/L	
	Thrombozyten	/µL	
Bilirubin im FW (Delta-E-Wert):			
bekannte irreg. Antikörper:	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	
	<input type="checkbox"/> erythrozytäre <input type="checkbox"/> thrombozytäre		
Spezifität:			
Titer:			
Methode:			
Datum:			
Untersuchungsstelle:			
Rh-Prophylaxe:	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	wenn ja, wann zuletzt: wo:
Intrauterine Transfusion	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	wenn ja, wann zuletzt: wo:

zurückliegende Schwangerschaften

Vorzeitige Beendigung einer SW:	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, wann:	in	SSW
		<input type="checkbox"/> Abort	<input type="checkbox"/> Interruptio,	wann:
Hämatologische Erkrankungen:	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja		
		<input type="checkbox"/> fetale Erythroblastose / Mhn,	wann:	
		<input type="checkbox"/> fetale bzw neonatale Thrombozytopenie,	wann:	
		<input type="checkbox"/> sonstiges:	wann:	
Rh-Prophylaxe in/nach Vor-SW:	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja		
		wenn ja, wann zuletzt:	wo:	
Intrauterine Transfusion in Vor-SW:	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, wieviele:		
		wenn ja, wann zuletzt:	wo:	