

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)
Geb.-Datum: (Namensänderung bitte angeben)
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
→ Rh-Phrophylaxe:	<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:			
AB0- u. Rhesus-Blutgruppe:	Vorbefund		
Direkter Antihumanglobulintest (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, eingeeengt [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 / μ L
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
Spezifiät:	
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: