

Institut für klinische Transfusionsmedizin und Immungenetik Ulm gGmbH

Helmholtzstraße 10, 89081 Ulm,

Stammzellpräparation Tel. 0731 / 150 - 623
Fax 0731 / 150 - 545

Zellseparation

Tel. 0731 / 150 - 543
Fax 0731 / 150 - 653

Anforderung für die Entnahme / Präparation von

☐ Allogenen Blutstammzellen

☐ Spenderlymphozyten (SLT)

☐ Allogenem Knochenmark

☐ Spenderuntersuchung

Spender/ingeb.

Name / Vorname ggfs. GRID

☐ Erythrozyten-KP

☐ Lymphozyten-KP

Blutgruppe Gewicht.....

☐ Re-Typisierung

☐ STR

Patient/in geb.

Name / Vorname / ID-Nr.

Blutgruppe Gewicht..... ID-Nr.:

Diagnose

Behandelnder Arzt / Station / Tel.

Geplantes Entnahmedatum

Geplante Präparation (Technik)
(z. B. CD34⁺-Selektion)

Kryokonservierung ☐ ja ☐ nein Dosis 1..... Dosis 2..... Dosis 3..... Dosis 4.....

Geplante Transfusion (Datum)..... Dosis.....(CD3⁺ bzw CD34⁺ / kgKG)

Bemerkungen

Datum.....

Anfordernder Arzt / Stempel / Unterschrift

Spenderuntersuchung ☐ ja, am Entnahme / Apherese ☐ ja, am

Stammzellmanipulation ☐ ja, am Kryokonservierung ☐ ja, am

Transfusion ☐ ja, am

Sonstiges

Datum

Arzt / Stempel / Unterschrift

Spender-
Klebeetikett

SPENDERFREIGABE

☐ Der Spender ist für die angeforderte Spendearart geeignet und freigegeben

Datum

Arzt / Stempel / Unterschrift

vom IKT Ulm auszufüllen