



Anforderungsbegleitschein: Immunhämatologie

Anfordernde Station / Einsender:

Notfalltransfusion (ungekreuzt)
Das erhöhte Transfusionsrisiko trägt der anfordernde Arzt)

Patientenetikett „für Beleg“, mit Barcode bitte einkleben

Name:
 Vorname:
 Geburtsdatum:
 Adresse:
 Männlich Weiblich

Transfusionsmedizinische Vorbefunde (bekannte Blutgruppe, Antikörper): _____

Diagnose: _____

Datum _____ Arztunterschrift (unbedingt erforderlich) _____

Analysen-Anforderungen

| Blutgruppe | | Sonstiges | |
|--------------------------|----------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> | Blutgruppe | AB0, Rh-Formel, Kell, Antikörpersuchtest (AKS) | <input type="checkbox"/> Dir. Coombstest |
| <input type="checkbox"/> | Blutgruppe Neugeborene | AB0, Rh-Formel, Kell, direkter Coombstest (DCT) | <input type="checkbox"/> Antikörpersuchtest |
| <input type="checkbox"/> | Blutgruppe Nabelschnurblut | ABD, direkter Coombstest (DCT) | |

Präparate-Anforderungen

| Präparat | Anzahl | Davon auf Abruf | Davon ungekreuzt |
|-----------------------------------|--------|-----------------|------------------|
| Erythrozytenkonzentrat* | | | |
| Gefrorenes Frischplasma | | | |
| Thrombozytenkonzentrat (Pool) | | | |
| Thrombozytenkonzentrat (Apherese) | | | |

* Kreuzblut erforderlich

Bemerkungen / Sonderanforderungen (gewaschene Präparate, HLA-Match u.ä.): _____