

Anforderung von Blutkonserven / Laborleistungen

Blutdepot Haemoservice Stuttgart GmbH

Dr./Univ. Turin **A. Schabel / S. Kath** - Ärzte für Transfusionsmedizin

(in Kooperation mit LABOR ENDERS)

Im Karl-Olga-Krankenhaus

Hackstrasse 61 · 70190 Stuttgart · Telefon 0711 / 2639-2449 (Bereitschaftsdienst 2639-2448)

Einsender:

(Stempel der anfordernden Klinik)

Hier Barcode-Etikett einkleben!

(Nur bei fehlendem Barcode ausfüllen)

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

m

w

Wohnort / Straße:

Kostenträger:

Klinik/Station:



Diagnose / Anmerkungen: (z.B. Vortransfusion / Z. n. Transfusionsreaktion / bekannte irreguläre Antikörper)

Entnahmedatum/Uhrzeit:

(Vor Blutentnahme Barcode-Etikett auf die Monovette kleben)

Transfusionstermin:

(Datum / Uhrzeit)

Notfalltransfusion:

mit Kreuzprobe (innerhalb 1 Std.)

ungekreuzt

Blutkomponenten (mit Kreuzprobe):

Anzahl

Davon im Zentral-OP

x Erythrozytenkonzentrat SAGM - leukozytenarm

x Gefrorenes Frischplasma

x Thrombozytenkonzentrat - leukozytenarm (gepoolt)

x Thrombozytapheresekonzentrat (Zellseparation)

Anti-CMV negativ

bestrahlt

Keine Blutkonserven bereitstellen (nur Blutgruppenbestimmung)

Laborleistungen:

Blutgruppe

Wärmeautoantikörper

HLA-Antikörper

Antikörpersuchtest

Kälteautoantikörper

Thrombozyten-Antikörper

Direkter Coombstest

Kryoglobuline/-fibrinogen

Heparininduzierte Antikörper (HIT Typ II)

Hiermit bestätige ich die oben genannte Anforderung sowie die richtige Identität des Probenmaterials.

Datum

Name, Unterschrift der/s anfordernden Ärztin/Arztes

Tel.-Nr. für evtl. Rückfragen