

Aufkleber CBT intern

CBT Bonn
 Am Propsthof 3
 53121 Bonn
 T +49 228 20180-30
 F +49 228 20180-75



www.cbtmed.de

Blutprodukte / Immunhämatologische Untersuchungen

Patienten-ID _____ Nachname _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____ <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> gesetzl. Kasse <input type="checkbox"/> privat	Einsender: _____ Station: _____ Telefon: _____ Fax: _____
--	--

Transfusionsanamnese und Vorbefunde			
Diagnose: _____		Medikamentöse Therapie / Infusionen (z.B. Plasmaexpander/Heparin): _____	
Blutgruppe: _____	Bekannte Antikörper: (Bitte Vorbefunde mitsenden.) _____	<input type="checkbox"/> Daratumumab / Isatuximab	letzte Gabe: _____
Vortransfusionen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbek.	Datum der letzten Transfusion _____	
Transfusionsreaktionen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbek.	Welche: _____	
Schwangerschaften / Aborte	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbek.	Wann: _____	
Rhesogam - Prophylaxe	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbek.	Wann: _____	
Z. n. Stammzelltransplantation	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbek.	Wann: _____	

Angeforderte Untersuchung / Bereitstellung von Blutprodukten (Material: mindestens 7,5 ml EDTA-Blut)	
<input type="checkbox"/> Blutgruppenbestimmung inkl. Antikörpersuchtest, direkter Coombstest	<input type="checkbox"/> Erythrozytenkonzentrate (EK) Anzahl: inkl. serologische Verträglichkeitsprobe
<input type="checkbox"/> Antikörperdifferenzierung (+zusätzliches EDTA-Blut)	
<input type="checkbox"/> Direkter Coombstest ggf. inkl. Elution, Splitting	<input type="checkbox"/> Erythrozytenkonzentrate (EK) bestrahlt Anzahl: <input type="checkbox"/> CMV negativ
<input type="checkbox"/> Serologische Abklärung einer Transfusionsreaktion mit mikrobiologischer Untersuchung der Restkonserve (Bitte Restkonserven und Patientenblutproben vor und nach Transfusion mitsenden.) Das Meldewesen gem. Hämotherapierichtlinien / Transfusionsgesetz bleibt hiervon unberührt.	<input type="checkbox"/> Thrombozytenkonzentrate (TK) Anzahl: <input type="checkbox"/> gepoolt (240 - 360 x 109 plt.) <input type="checkbox"/> bestrahlt <input type="checkbox"/> aus Apherese (200 - 400 x 109 plt.) <input type="checkbox"/> bestrahlt <input type="checkbox"/> CMV negativ
Datum / Uhrzeit der Lieferung Ort/Station: Tag: _____ / Uhrzeit: _____	
<input checked="" type="checkbox"/> Notfalltransfusion ohne Kreuzprobe	

Durchführung der Blutentnahme (Name in DRUCKBUCHSTABEN): _____	Datum / Uhrzeit der Blutentnahme * Tag: _____ / Uhrzeit: _____
Anfordernder Arzt (Name in DRUCKBUCHSTABEN): _____	Unterschrift des Arztes _____

+49 228 - 201 80 30
Bei Einsendungen nach 16 Uhr oder samstags, sonn- und feiertags benachrichtigen Sie uns bitte unter der Telefon-Nr.:

ACHTUNG

* **ACHTUNG:** Lt. §12 u. 13 TFG sind Datum und Uhrzeit erforderlich, ebenso die Unterschrift des Arztes. Andernfalls kann die Probe nicht verwendet werden! Transportkosten als Fremdleistung im Notfall werden ohne Aufschlag dem Auftraggeber in Rechnung gestellt.