

Absender <small>(z. B. Stempel)</small>

Anforderung für Zytapheresepräparate

Patient/in

geb. am Diagnose *

Fall-Nummer Krankenkasse

Blutgruppe * Rh Größe (cm)

HLA-Typ * A B Gewicht (kg) * Bei Erstanforderung

Bei Folgeanforderung für Spenderauswahl unbedingt angeben !!

Inkrement nach der letzten Einzelspender-Thrombozyten-Transfusion (Thrombozyten/ μ l)

Transfusion am BB vorThr/ μ lStd. nachThr/ μ l

Klinik Behandelnder Arzt
(Druckbuchstaben)

Station Telefon Nummer

Datum Unterschrift

Präparate

HLA-typisierte **Thrombozyten (Tk)** Anti-HLA / HPA-Antikörper ja nein
 2 Einheiten (Doppelpräparat) wenn ja, welche

1 Einheit (Einzelpräparat)

..... (sonstige) Anti-CMV-negativ ja nein

 Volumen reduzieren ja nein

wenn ja auf ml

Bestellung

Für (Datum)
 um (Uhrzeit)

auf Abruf

Auslieferung (nach Rücksprache)

Versorgungswagen Bahnexpress-IC Taxi

Depot-Fahrer Selbstabholer

Bearbeitung Datum Unterschrift Zellseparation