

<b>Patientendaten: (Etikett kleben!)</b>	<b>Blutgruppenlabor</b> Tel.:0345-557 <b>5631</b> Fax: <b>5633</b> (24 Stunden besetzt, ab 19:00: Labor + Ausgabe) <b>Blutprodukteausgabe</b> Tel.:0345-557 <b>5675, 5676</b> Fax <b>5678</b> (täglich besetzt von 06:00 bis 19:00) Eintrag MA Blutbank
--	---

**Immunhämatologische Angaben:**

- Transfusionen außerhalb UKH       nein     ja, wann zuletzt \_\_\_\_\_
  - Bekannte irreguläre Antikörper:     nein     ja, welche \_\_\_\_\_
  - Schwangerschaften/ Fehlgeburten:  nein     ja, wann \_\_\_\_\_
  - Knochenmark-/ SZ-Transplantation  nein     ja, wann \_\_\_\_\_
- Blutgruppe Spender: \_\_\_\_\_ Blutgruppe Empfänger: \_\_\_\_\_
- Medikamente (z.B. Antibiotika, Heparin, Plasmaexpander, Anti-D-Prophylaxe, CD-38-Therapie- z.B. Daratumumab, Elotuzumab, Sarclisa) \_\_\_\_\_

**Diagnose / Indikation:** \_\_\_\_\_  infektiös

<b>Abnahmedatum:</b>	<b>Abnahmezeit:</b>	<b>Tel. Nr. (Einsender):</b>	<b>Anruf wenn fertig (x)</b>

**Angaben zur Dringlichkeit:**

- Routine:** Transfusion / OP am: \_\_\_\_\_
- Dringend (< 3h)**       **Notfall**

**Anforderung Labor**

- BG-Bestimmung/Duplikat
- Antikörpersuchtest
- Direkter Coombstest
- Kälteagglutinine
- Kryoglobuline / Kryofibrinogen
- Voruntersuchung AB0-inkomp.NTX
- Titerkontrolle NTX
- Rotes Cross-Match vor allog.SZT

**Anforderung Blutprodukte**

	Anzahl		Produkte
	<u>Gesamt</u>	<u>davon ungekreuzt bereitstellen*</u>	
[ ]			Erythrozytenkonzentrat-EK (Anzahl TE)
[ ]			Baby-EK (1/4 TE: 50-70ml)
[ ]			Eigenblut
[ ]			Thrombozytapheresekonzentrat (Anzahl TE)
[ ]			Baby-Thrombozytapheresekonz (1/2 TE)
[ ]			gefrorenes Frischplasma-GFP (Anzahl TE)
[ ]			Baby-GFP BG: AB (1/4 TE: 50-70ml)
[ ]			VIFP-Octaplas**
[ ]			CMV-Antikörper negativ getestet
[ ]			bestrahlt

- HIT-Typ II – Abklärung: separater Anforderungsschein TR-00-A01 inkl. Fragebogen
- Thrombozyten-Auto-/ Allo-Antikörper und NAIT: separater Anforderungsschein TR-00-A02


\* je Auftrag: 1x BG-Bestimmung/ Kontrolle + Antikörpersuchtest (AKS) obligat: Kreuzprobe wird erst zur EK-Abgabe durchgeführt; bei pos. AKS werden immer EK in der Gesamtmenge eingekreuzt

\*\* für Stationen, die gezielt Octaplas bestellen, Preis hier höher als bei GFP!

Datum:		Unterschrift und Stempel des Anfordernden Arztes:	
--------	--	---	--

(Die Verantwortung für die Identitätssicherung trägt der anfordernde Arzt!)

(stark umrandete Felder sind auszufüllen, sonst keine Bearbeitung möglich!)

 <b>UKH</b> Universitätsklinikum Halle (Saale)	<b>Anforderungsschein für Blutprodukte</b> VT-02-01-A10.04	<b>F</b>
	Version 4.0 / gültig ab 17.03.2023	Seite 2 von 2

## Einrichtung für Transfusionsmedizin am Universitätsklinikum Halle (Saale)

### Untersuchungsanforderung / Probenmaterial (BG / KP)

Patient	Untersuchungsanforderung	Untersuchungsmaterial (EDTA 10 ml)
Neu	BG / AKS	1 x
Neu	BG / AKS + KP	2 x
bekannt	AKS + KP	1 x
Mutterschaftsvorsorge	nur AKS	1 x

Bei Kindern: Nabelschnurblut o. EDTA-Blut (periphere Abnahme, Menge nach Verfügbarkeit)

BG = Blutgruppenbestimmung

KP = Kreuzprobe

AKS = Antikörpersuchtest

### Immunhämatologische Spezialuntersuchungen:

Nur Coombstest: 10 ml Nativ + 10 ml EDTA

PNH-Test: 5 ml EDTA

Kälteagglutinine: 10 ml Nativ\* + 5 ml EDTA\*  
 (\*Abnahme und Transport streng bei 37°C; Trennung kann aber auch im Labor erfolgen!)

Kryoglobuline: 10 ml Nativ

Kryofibrinogen: 10 ml EDTA

Rotes Cross-Match vor allog.SZT: Patient (=Empfänger): 10 ml Nativ- und 10 ml EDTA-Blut  
 Spender: 10 ml Nativ- und 10 ml EDTA-Blut

Voruntersuchung AB0-inkomp.NTX: Patient (=Empfänger): 10 ml Nativ- und 10 ml EDTA-Blut  
 Spender: 10 ml EDTA-Blut

Titerkontrolle NTX: Patient: 10 ml Nativblut  
 Spender: 10 ml EDTA-Blut (alle 4 Wochen neues Material)

### Thrombozytendiagnostik:

Thrombozytäre Allo-Antikörper: 5 ml Nativ } gemäß Formular TR-00-A02

Thrombozytäre Auto-Antikörper: 5 ml Nativ + 40 ml EDTA }

HIT: 5 ml Nativblut + Probe des verabreichten Heparins + HIT-Fragebogen  
 (gemäß Formular TR-00-A01\*\*: Befund-Erstellung nur bei vollständig ausgefülltem Fragebogen möglich)

NAIT: Kind: 5 ml Nativblut } gemäß Formular TR-00-A02  
 Mutter: 10 ml Nativ- und 10 ml EDTA-Blut }  
 Vater: 10 ml EDTA-Blut }

### Untersuchungen nach Transfusionszwischenfall: auf Anforderungsschein PV-01-01-A01\*\*

- 10 ml EDTA- und 10 ml Nativblut, entnommen nach Transfusion
- Reste des Transfusionsgutes aller Transfusionen der letzten 12 h
- Bericht über eine unerwünschte Arzneimittelwirkung (UAW)
- nach Gabe von Erythrozytenkonzentraten: Protokoll der Verträglichkeitsprobe (Kreuzprobenschein)  
 Ergebnis Bedside-Test

\*\*Formulare im blutgruppenserologischen Labor Tel. 5631 bzw. im Intranet erhältlich