Stand 02.05.2024

Blutgruppenbestimmung/Präparate-Anforderung 11.1

TM Form-Nr. 1

Institut für Klinische Immunologie und Transfusionsmedizin
Leiter: Prof. Dr. med. G. Bein · Universitätsklinikum Gießen und Marburg
Langhansstraße 7 · 35392 Gießen · ☎ (06 41) 985 - 4 15 08 · Fax 985 - 4 15 39

Falls kein Etikett vorhanden, bitte folgende Patientendaten eintragen:

Name _____

Vorname _____

Geb.-Datum _____ ☐ M ☐ W

Kostenstelle/Station _____

Telefon _____

Klinische Diagnose/Fragestellung (obligat)

Vorbefunde

☐ Vortransfusion ☐ Schwangerschaften ☐ Zustand nach Knochenmark-Transplantation
☐ Transfusionsreaktionen ☐ Anti-D Immunprophylaxe ☐ Besonderheiten _____

AB0- und Rh-Blutgruppe des Patienten	Irreguläre Antikörper	1. Protokoll-Nr.	neue Protokoll-Nr.

Untersuchungsanforderung Blutgruppenserologie 10 ml EDTA-Blut

- ⬭ **Blutgruppe (AB0, Rh, Antikörpersuchtest)** 2
- ⬭ **Antikörpersuchtest** 3
- ⬭ **Abklärung einer Transfusionsreaktion** (Blutkomponenten zurücksenden, 10 ml EDTA-Blut **und** 10 ml Serum nach Transfusion) 4
- ⬭ 5

Anforderungsart Blutkomponenten 10 ml EDTA-Blut (Blutgruppenbest. u. Antikörpersuche erfolgen automatisch, falls notwendig)

- ⬭ **Notfall ungekreuzt** (sofortige Ausgabe AB0-kompatibler Präparate vor Abschluß der Kreuzprobe) 6
- ⬭ **Dringliche Kreuzung** (Mindestbearbeitungsdauer 1 Stunde) 7
- ⬭ **Transfusion heute** _____ 8
- ⬭ **Transfusion am** T T M M J J 9
- ⬭ **Einsendung einer Blutprobe - keine Kreuzung** (Kreuzung erfolgt nach telefonischer Anforderung) 10

Präparateanforderung gilt als Rezept !	**Anzahl**	
⬭ Erythrozytenkonzentrat	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	11
⬭ Erythrozytenkonz. für Neugeborene (50 ml)	1 2	12
⬭ Thrombozytenkonz. (therapeut. Einheiten)	1 2	13
⬭ Frischplasma	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	14
⬭ Spezialpräparate (bitte telefon. Rücksprache)		15

⬭ leukozytenarm ⬭ reduziertes CMV-Übertragungsrisiko entsprechend Indikationsliste oder ausführliche ärztliche Begründung ⬭ bestrahlt 16

Auslieferungsart (Gültigkeit Verträglichkeitsprobe max. 72 Stunden)

- ⬭ **Auslieferung heute ohne Abruf** 17
- ⬭ **Auslieferung auf Abruf (Fax oder Telefon)** 18

Auslieferung an Station/OP (falls verschieden von anfordernder Stelle)	**Telefon**

Das erhöhte Risiko für Anforderungen von ungekreuztem Blut und die Verantwortung für die Identifizierung (Bedside-Test) trägt der transfundierende Arzt. Nur vollständig ausgefüllte und unterschriebene Anforderungen werden bearbeitet.

Unterschrift des Arztes	**Datum**

19

IKIT 3 Klin. Art.-Nr. 51440015 · RIECO ☎ (06 359) 93 40-0 · 10/20