

| | | |
|--|-------------------------------------|-------------------------------------|
| Transfusionsmedizinische und Hämostaseologische Abteilung Universitätsklinikum Erlangen | Formblatt UKER-TR-FB-C-096-V02 | Seite 1 von 2 |
| Datum Erstellung/Prüfung/Genehmigung: 22.09./22.09./10.10.2022 | Anforderung Blutgruppenbestimmung | Version: 02 |
| Erstellt von: M. Assmann | Gepprüft von: PD. Dr. J. Strobel | Genehmigt von: Dr. K. Silbermann |

Transfusionsmedizinische und
Hämostaseologische Abteilung
in der Chirurgischen Klinik
Leiter: Prof. Dr. H. Hackstein

Probeneingang Labor:

ID:

Universitätsklinikum
Erlangen



PATIENT: Name: _____ ANFORDERER: Station: _____
 Vorname: _____ Angefordert am: _____
 Geburtstag: _____ Angefordert von: _____
 Fallnummer: _____

Anforderung Blutgruppenbestimmung

CD38-Therapie

Diagnose/Fragestellung:

- Irreguläre Antikörper bekannt: JA / NEIN →Spezifität:
- Rhesusprophylaxe: JA / NEIN →am:
- Schwangerschaft: JA / NEIN →SSW:
- Transfusionen in den letzten 4 Monaten: JA / NEIN → am:
→Anzahl:

Sonderanforderung:

- Antigenbestimmung vor CD38-Therapie +DAT
- Direkter Coombstest
- Test auf PNH
- Abklärung Immunhämolyse + DAT *
- Kälteagglutinine/-hämolsine (Transport des Bluts bei 37°C) *
- Donath-Landsteiner-Test
- Voruntersuchung vor Stammzellspende
- Abklärung Transfusionszwischenfall *
- Blutgruppe nach SZT

Sonstiges:

benötigtes Untersuchungsmaterial: 1x EDTA Blut

*benötigt wird ein zusätzliches Serum-Röhrchen

Für die Abrechnung

Zur eindeutigen Identifizierung muss jede Blutprobe in Übereinstimmung mit den Angaben auf dem Anforderungsschein mit Name, Vorname, Geburtsdatum des Patienten beschriftet sein. Ich haftere dafür, dass die Blutproben dem Patienten entnommen wurden.

Unterschrift Arzt: _____

DECT-Nummer: _____

| | | |
|--|-------------------------------------|-------------------------------------|
| Transfusionsmedizinische und Hämostaseologische Abteilung Universitätsklinikum Erlangen | Formblatt UKER-TR-FB-C-096-V02 | Seite 2 von 2 |
| Datum Erstellung/Prüfung/Genehmigung: 22.09./22.09./10.10.2022 | Anforderung Blutgruppenbestimmung | Version: 02 |
| Erstellt von: M. Assmann | Gepprüft von: PD. Dr. J. Strobel | Genehmigt von: Dr. K. Silbermann |

Change-Management

| Version | Gültigkeit ab: | Änderungsgrund |
|---------|----------------|---|
| 01 | 05.10.2019 | Erstellung als gelenktes Dokument, wird als Notfalleintragung bei Systemausfall handschriftlich ausgefüllt |
| 02 | 10.10.2022 | Entfernung HIT-Schnelltest: Umzug des HIT-Schnelltestes in das Gerinnungslabor CAVE: DOKUMENT DARF ERST GÜLTIG WERDEN, WENN DER SCHNELLTEST TATSÄCHLICH UMGEZOGEN IST! Ergänzung der CD38-Therapie zum ankreuzen |

Zugehörig zu:

| Dokumententyp | Dokumentnummer(n) und Titel |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> VA | |
| <input checked="" type="checkbox"/> SOP | UKER-TR-SOP-C-001 Entgegennahme, Lagerung und Ausgabe von Blutkomponenten UKER-TR-SOP-C-007 Probeneingang im immunhämatologischen Labor |
| <input type="checkbox"/> HA | |
| <input type="checkbox"/> PA | |
| <input type="checkbox"/> APB | |
| <input type="checkbox"/> FD | |
| <input type="checkbox"/> FB | |
| <input type="checkbox"/> sonstiges | |

Copy-Management

| Typ | Bereich und Ort | Anzahl |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Arbeitskopie | <input checked="" type="checkbox"/> nein | |
| <input type="checkbox"/> Aushang | <input checked="" type="checkbox"/> nein | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Kopiervorlage | <input type="checkbox"/> nein | Raum 1.235 Anmeldung Blutbank, Spende, PRB-Bank |
| <input type="checkbox"/> Wordformular | <input checked="" type="checkbox"/> nein | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Website | <input type="checkbox"/> nein | <ul style="list-style-type: none"> https://www.transfusionsmedizin.uk-erlangen.de/aerzte-und-zuweiser/immunhaematologie/ https://mitarbeiterportal.intranet.uk-erlangen.de/display/TRpub/Patientenversorgung |
| <input checked="" type="checkbox"/> Extern | <input type="checkbox"/> nein | Waldkrankenhaus, Klinikum Europakanal, MVZ Eckental, Praxis Dr. Eckert, KFH Dialysezentrum |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges | <input checked="" type="checkbox"/> nein | |

Schulungs-Management

- kein Schulungsbedarf
- Bereiche A&B: Namensliste der MTLA im Hämatologielabor und Gerinnungslabor
- Bereich C&G: Namensliste der MTLA im Labor Immunhämatologie/Infektionsserologie
- Bereich D&E: Namensliste der MTLA Stammzellbank und Immunogenetik
- Bereich F&H: Namensliste der MTLA im Laborbereich Qualitätskontrolllabor mit PCR
- Bereich I: Namensliste der Pflegekräfte der Abteilung
- Bereiche K, L: Namensliste aller Ärzte der Abteilung
- Bereich M: Namensliste Sekretariat der Abteilung
- Bereich N: Namensliste Mitarbeiter Forschungslabor TRC1
- Bereich Q: Alle oben genannten Namenslisten außer N (A&B, C&G, D&E, F& H, I, M, Ärzte)
- Ärzte: Namensliste aller Ärzte der Abteilung
- Sonstige: