

Transfusionsmedizinische und Hämostaseologische Abteilung Universitätsklinikum Erlangen	Formblatt UKER-TR-FB-C-187-V01	Seite 1 von 2
Datum Erstellung/Prüfung/Genehmigung: 14.01./15.01./15.01.2025	Notfallanforderung bei Nadelstichverletzungen	Version: 01
Erstellt von: M. Assmann	Geprüft von: Prof. Dr. V. Weisbach	Genehmigt von: Dr. K. Silbermann

Notfallanforderung bei Nadelstichverletzungen Nur außerhalb der Öffnungszeiten der Virologie!

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



PATIENT

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Fallnummer: _____

ANFORDERER

Station: _____

Anfordert am: _____

Angefordert von: _____

Gewünschte Untersuchungen:

- HIV Schnelltest**
- HBsAg Schnelltest**

Benötigtes Material:

1 EDTA oder 1 Serum Röhrchen mit Auftragsetikett aus dem im Lauris angeforderten Auftrag.

Die Ergebnisse können in Swisslab abgerufen werden.

An Rohrpostnummer **130** verschicken **und unbedingt zusätzlich bitte telefonische Anmeldung unter 33324.**

Mit der Unterschrift wird bestätigt, dass die Einwilligung des Patienten für die oben genannten Untersuchungen eingeholt wurde!

Zur eindeutigen Identifizierung muss jede Blutprobe in Übereinstimmung mit den Angaben auf dem Anforderungsschein mit Name, Vorname, Geburtsdatum des Patienten beschriftet sein. Die Hinweise in der Transfusionsmedizinischen Dienstanweisung des Klinikums habe ich zur Kenntnis genommen. Ich haftere dafür, dass die Blutproben dem richtigen Patienten entnommen wurden.

Unterschrift Arzt: _____

DECT-Nummer: _____

Transfusionsmedizinische und Hämostaseologische Abteilung Universitätsklinikum Erlangen	Formblatt UKER-TR-FB-C-187-V01	Seite 2 von 2
Datum Erstellung/Prüfung/Genehmigung: 14.01./15.01./15.01.2025	Notfallanforderung bei Nadelstichverletzungen	Version: 01
Erstellt von: M. Assmann	Geprüft von: Prof. Dr. V. Weisbach	Genehmigt von: Dr. K. Silbermann

Change-Management

Version	Gültigkeit ab: (ab August 2019; davor Änderung)	Änderungsgrund
01	03.02.2025	Neuerstellung

Zugehörig zu:

Dokumententyp	Dokumentnummer(n) und Titel
<input type="checkbox"/> VA	
<input checked="" type="checkbox"/> SOP	UKER-TR-SOP-G-005_Durchführung von HIV und HBsAg Schnelltests
<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	1
<input type="checkbox"/> Wordformular	<input 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 	2 (ausdruckbar)
<input type="checkbox"/> Extern	<input checked="" type="checkbox"/> nein	
<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: Namensliste der MTLA im Labor Immunhämatologie
- Bereich D&E: Namensliste der MTLA Stammzellbank und Immungenetik
- Bereich F&G&H: Namensliste der MTLA im Laborbereich Qualitätskontrolllabor mit PCR/Inf
- 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, D&E, F&G&H, I, M, Ärzte)
- Ärzte: Namensliste aller Ärzte der Abteilung
- Sonstige: