

**An:** Transfusionsmedizinische

**Einsender:**

Anfordernder Arzt/in:……………………

Name: ..........................................

Unterschrift: ..................................

Telefon: ........................................

und Hämostaseologische Abteilung in der chirurgischen Klinik

Spezielle Immunhämatologie und Immungenetik

Stammzellbank

Leiter: Prof. Dr. H. Hackstein, MBA

**Tel.: 09131 / 8536972 (Sekretariat)**

Krankenhausstraße 12

91054 Erlangen

|  |  |
| --- | --- |
| Untersuchungsauftrag / Abklärung V. a. fetale / neonatale Alloimmunthrombozytopenie**(FNAIT)**Fragestellung:............................................................................................................................Angaben zur Mutter: Anzahl der vorherigen Schwangerschaften / Aborte: ....... / ........Probleme in früheren Schwangerschaften: ................................................................................................. |  |
| **Vom Einsender anzukreuzen gewünschte Untersuchungen:**Für HPA-Genotypisierung nötig : (je **1ml** EDTA-Blut / ggf. 5 ml Fruchtwasser) vom ☐ Patient (Kind) ☐ Mutter ☐ VaterFür Thrombozytenantikörper- Suche nötig: (10 ml Nativblut) von ☐ Mutter

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Patient: |  |  |  |
|  | Name |  | Vorname |  | Geburtsdatum |
| Mutter: |  |  |  |  |  |
|  | Name |  | Vorname |  | Geburtsdatum |
| Vater: |  |  |  |  |  |
|  | Name |  | Vorname |  | Geburtsdatum |

 |  |
|  |  |
| **Im Labor auszufüllen:**Eingangskontrolle Datum: …………………… Unterschrift MTL: …………………☐ Nativblut Mutter ☐ EDTA-Blut Mutter ☐ EDTA-Blut Vater ☐ EDTA-Blut Kind ☐ Befundbrief erstellt: Unterschrift Arzt: ……………………………………….  |  |

**Change-Management**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Version** | **Gültigkeit ab:**(ab August 2019; davor Änderung) | **Änderungsgrund** |
| 01 Formular-Nr. 137 | 13.06.2018 | redaktionelle Überarbeitung |
| 02  | 20.03.2019 | Neue Systematik; Kopievorlage im Labor; pdf zum Download auf der Abteilungshomepage |
| 03 | 07.06.2024 | Anpassung an neues QM-FormatFormatierung angepasst |

**Zugehörig zu:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Dokumententyp** | **Dokumentennummer(n) und Titel** |
| [ ]  VA |  |
| [x]  SOP | [UKER-TR-SOP-E-004](file:///V%3A%5CQMH%5CQMH-PDF-Dateien%5CE%20HLA-Labor%5CUKER-TR-SOP-E-004-V05_Probeneingang_Immungenetik.pdf) Probeneingang im immungenetischen LaborUKER-TR-SOP-E-013 HPA-TypisierungUKER-TR-SOP-E-033 Lifecodes Pak Lx Assay |
| [ ]  HA |  |
| [ ]  PA |  |
| [ ]  APB |  |
| [ ]  FD |  |
| [ ]  FB |  |
| [ ]  sonstiges |  |

**Copy-Management**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Typ** | **Bereich und Ort** | **Anzahl** |
| [ ]  Arbeitskopie  | [x]  nein |  |  |
| [ ]  Aushang | [x]  nein |  |  |
| [ ]  Kopiervorlage | [x]  nein |  |  |
| [x]  Wordformular | [ ]  nein |  |  |
| [x]  Website | [ ]  nein | https://www.transfusionsmedizin.uk-erlangen.de/aerzte-und-zuweiser/immunhaematologie/ |  |
| [ ]  Extern | [x]  nein |  |  |
| [ ]  Sonstiges | [x]  nein |  |  |

**Schulungs-Management**[x]  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: