DRK-Blutspendedienst West
gemeinnützige Gesellschaft mit beschränkter Haftung
der Landesverbände Nordrhein, Westfalen-Lippe, Rheinland-Pfalz und Saarland

Deutsches Rotes Kreuz

Anforderung immunhämatologischer Diagnostik

an das **Zentrum für Transfusionsmedizin Hagen,** Feithstr.184,58097 Hagen, Tel.: 02331/807-0, Fax: -151

Patient:	**Einsender** (bitte Stempel)**:**
Name:	
Vorname:	
Geburtsdatum:	
Anschrift:	
☐ weiblich ☐ männlich	Klinik/Station:
	behand. Ärztin/Arzt, Tel.-Nr.:

☐ Abrechnung an Auftraggeber
☐ Abrechnung mit KV (bitte Überweisungsschein M 10 und - bei Anforderung von Präparaten - Rezept beilegen)
☐ Rechnung an Patienten (Selbstzahler, vollständige Adresse des Patienten angeben)

Diagnose:

Laborbefund des Einsenders:

Blutgruppe und Rh-Faktor/-Phänotyp:_____ folgende irreguläre Antikörper bekannt:_____

	neg	pos	falls positiv Angabe der Methode und des Milieus (evtl. Temperatur)
Antikörpersuchtest	☐	☐	_____
Eigenkontrolle	☐	☐	_____
Direkter Coombstest	☐	☐	_____
Kreuzprobe	☐	☐	_____

Transfusionsanamnese *(für ergänzende Angaben bitte Rückseite verwenden)* **– bitte unbedingt angeben:**

Vortransfusionen?	☐ nein	☐ unbekannt	☐ ja - Datum der letzten Transfusion: _____
Frühere Transfusionsreaktionen?	☐ nein	☐ unbekannt	☐ ja - Art der Reaktion: _____
Bei Frauen - Schwangerschaften?	☐ nein	☐ unbekannt	☐ ja – wann?: _____
- Anti-D-Prophylaxe?	☐ nein	☐ unbekannt	☐ ja – Datum der letzten Gabe: _____
Z. nach Knochenmarktransplantation?	☐ nein		☐ ja
Applikation von Arzneimitteln?	☐ nein	☐ unbekannt	☐ ja – Präparat oder Wirkstoffe: _____

Blutentnahme und Dringlichkeit der Bearbeitung/Transfusion – bitte unbedingt angeben:

Wann erfolgte Blutentnahme? Datum/Uhrzeit:_____ abnehmende Person (Unterschrift):_____

Bearbeitung ☐ in der Routine ☐ **Notfall - VITALE INDIKATION** ☐ dringlich - Bereitstellung innerhalb 4 h nach Probeneingang

Geplanter Transfusionstermin? Datum:_____ Uhrzeit:_____

Transport der Blutpräparate:

☐ anrufen, wenn fertig ☐ wird abgeholt am _____ ☐ mit Verteiler am _____liefern

Befundmitteilung:

☐ per Fax: _____

Untersuchungsmaterial: 20 ml EDTA-Blut *(siehe auch Anmerkungen auf der Rückseite!)*

☐ Blutgruppenbestimmung (AB0, Rh-Faktor, Rh-Phänotyp, Kell-Antigen), Antikörpersuchtest und Direkter Coombstest
☐ Antikörperdifferenzierung
☐ Direkter Coombstest
☐ Blutgruppenantigene - serologische Bestimmung (z.B. Kidd, Duffy) – bitte angeben:_____
- PCR ☐ AB0 ☐ abgeschwächte D-Variante ☐ Rh-Formel
☐ Kälteagglutinine, (biphasische) Kältehämolysine *(bitte Erläuterung auf der Rückseite beachten)*
☐ Weitere Untersuchungen (nach Absprache)_____
☐ Serologische Verträglichkeitsprobe (Kreuzprobe) mit (bitte Anzahl angeben):
_____ gefilterten Erythrozytenkonzentrat(en)
_____ bestrahlten und gefilterten Erythrozytenkonzentrat(en)

Im Fall von Selbstzahlern übernimmt der Einsender/Auftraggeber die Ausfallgarantie für die Kosten!

_____ _____
Datum Unterschrift der/des anfordernden Ärztin/Arztes / Name in Klarschrift o. Stempel