## Anforderungsschein / Herstellungsauftrag an das Zentrum HA - Spezielle Blutpräparate



DRK-Blutspendedienst West

Patientendaten (oder Adressette)		Bitte	unbedingt	angebe	n!		
Name		Station				Γel. Nr.	
Vorname	Blu		tgruppe		Rh Formel		
Geburtsdatum		Besor	nderheiten:				
Transfusion geplant am:	Uhrzeit:		□ Notfall				
Herstellungsauftrag Baby-EK (G	efiltertes Ery	throz	zytenkonze	ntrat – \	W, 40 ml)	im Notfall:	
Anzahl "Baby-Pack* <sup>1"</sup> : CMV-DNA nicht nachgewiesen, Pa	arvovirus B19	-Statu	ıs negativ, S	Spender	ohne Me	dikamentene	einnahme)
<sup>1</sup> Baby-Pack = 4 – 6 Babybeutel (á 40 ml),	die aus einem E	rythroz	zytenkonzentra				1
Rezeptur			bestrahlt		NA nicht ewiesen	Parvo B19 negativ	Anzahl
Gefiltertes Erythrozytenkonzentrat, gewaschen							
Gewaschenes Thrombozytenkonzentrat N							
Gefiltertes, gewaschenes Erythro aus Kryokonservierung	zytenkonzent	rat					
Erythrozytenkonzentrat HKT >75°	%, bestrahlt *	2					
ggf. abweichend AB0/RhD/-Forme anfordernden Dienstarzt → Angabe Austauschkonserve bestrahlt * Herzustellende Menge:	e der Konser						
Austauschkonserve bestrahlt * Herzustellende Menge:  HKT-Standard: 60 I/I, bei abweich	e der Konserv 3 nender Anford	erung	mmer erford	derlich: . ml 35 ml	<u> </u>		
Austauschkonserve bestrahlt * Herzustellende Menge:  HKT-Standard: 60 I/I, bei abweich  ³ für KH gilt: siehe gesonderte Regelung g	e der Konserv 3 nender Anford gemäß DOK-1068	erung	mmer erford 2 3: egen verlänger	ml 35 ml	=    /  		
Austauschkonserve bestrahlt * Herzustellende Menge:  HKT-Standard: 60 I/I, bei abweich  ** für KH gilt: siehe gesonderte Regelung gevtl. weitere Antigene:	e der Konserv 3 nender Anford gemäß DOK-1068	erung	mmer erford 2 3: egen verlänger	ml 35 ml	=    /  		
Austauschkonserve bestrahlt * Herzustellende Menge:  HKT-Standard: 60 I/I, bei abweich  ³ für KH gilt: siehe gesonderte Regelung g	e der Konserv ,3 nender Anford gemäß DOK-1068	erung B-B (we	mmer erford 2 3: egen verlänger	ml 35 ml ter Transp	= 		
Angaber Angaber Angaber Angaber Austauschkonserve bestrahlt * Herzustellende Menge:  HKT-Standard: 60 I/I, bei abweich für KH gilt: siehe gesonderte Regelung gevtl. weitere Antigene:  Art des Transportes:	e der Konserv gender Anford gemäß DOK-1068	erung 3-B (we vor Trans	2 g: egen verlänger	ml 35 ml ter Transp	=    /  		
Austauschkonserve bestrahlt * Herzustellende Menge:  HKT-Standard: 60 l/l, bei abweich  für KH gilt: siehe gesonderte Regelung g  evtl. weitere Antigene:  Art des Transportes:  □ über Tour am:	e der Konserv ender Anford gemäß DOK-1066	erung 3-B (we vor Trans eit): _	z z g: egen verlänger rhandene Ar sport über:	ml 35 ml ter Transp	= 		
Ankunft am Transportziel bis spät	e der Konserv dender Anford gemäß DOK-1068 estens (Uhrzechung:	erung 3-B (we vor Trans eit): _	z z g: egen verlänger rhandene Ar sport über:	ml 35 ml ter Transp	= 		
Ankunft am Transportziel bis spät mmunhämotologische Untersuc  Krankenhaus  Datum:  Austauschkonserve bestrahlt * Herzustellende Menge:  HKT-Standard: 60 I/I, bei abweich *  für KH gilt: siehe gesonderte Regelung g evtl. weitere Antigene:  Art des Transportes:  Grankenhaus  Datum:	e der Konserv dender Anford gemäß DOK-1068 estens (Uhrze chung: DRK Blutspe	erung 3-B (we vor Trans eit): _	z  g: egen verlänger rhandene Ar sport über:	ml 35 ml ter Transp	= 	s veranlasst	
Ankunft am Transportziel bis spät mmunhämotologische Untersuc  Krankenhaus  Datum:  Austauschkonserve bestrahlt * Herzustellende Menge:  HKT-Standard: 60 I/I, bei abweich *  für KH gilt: siehe gesonderte Regelung g evtl. weitere Antigene:  Art des Transportes:  Grankenhaus  Datum:	e der Konserv dender Anford gemäß DOK-1068 estens (Uhrzechung:	erung 3-B (we vor Trans eit): _	z  g: egen verlänger rhandene Ar sport über:	ml 35 ml ter Transp	= I/I portzeiten)  :: Anti ch Klinik / Praxis		(Anzahl)
Ankunft am Transportziel bis spät mmunhämotologische Untersuc  Krankenhaus  Datum:  Bestellenden Dienstarzt → Angabe Austauschkonserve bestrahlt * Herzustellende Menge:  HKT-Standard: 60 l/l, bei abweich * Afür KH gilt: siehe gesonderte Regelung ge evtl. weitere Antigene:  When Transportes:  Datum:  Bestellender Arzt:	e der Konservagen Anford gemäß DOK-1068 estens (Uhrzeichung: DRK Blutspe	erung 3-B (we vor Trans eit): ended	z  g: egen verlänger rhandene Ar sport über:	ml 35 ml ter Transp	= I/I portzeiten)  :: Anti ch Klinik / Praxis	s veranlasst	(Anzahl)
Ankunft am Transportziel bis spät mmunhämotologische Untersuc  Krankenhaus  Datum:  Bestellender Arzt:  Unterschrift des Arztes:	e der Konservagen Anford gemäß DOK-1068 estens (Uhrzeichung: DRK Blutspe	erung 3-B (we vor Trans eit): ended	egen verlängerichandene Aresport über:	ml 35 ml ter Transp	= I/I  portzeiten)  : Anti  ch Klinik / Praxis	s veranlasst	(Anzahl)
Ankunft am Transportziel bis spätemmunhämotologische Untersuc  Krankenhaus  Datum:  Bestellender Arzt:  Unterschrift des Arztes:  Austauschkonserve bestrahlt * Angabe Austauschkonserve bestrahlt * Herzustellende Menge:  **  Herzustellende Menge:  #*  HKT-Standard: 60 I/I, bei abweich  **  #*  #*  #*  #*  #*  #*  #*  #*  #	e der Konservagener Anford gemäß DOK-1066 gemäß DOK	erung 3-B (wevor Trans eit): ended	egen verlängerichandene Aresport über:	ml 35 ml ter Transp ntikörper	= I/I  portzeiten)  : Anti  ch Klinik / Praxis  Krankenl	s veranlasst	(Anzahl)
Ankunft am Transportziel bis spät mmunhämotologische Untersuc  Krankenhaus  Datum:  Bestellender Arzt:  Wird vom DRK Blutspendedie Bestrahlungsnummer:  Ankunft an Transportesitel bis spät mountainen Arzt:  Wird vom DRK Blutspendedie Bestrahlungsnummer	e der Konservagener Anford gemäß DOK-1066 gemäß DOK	erung 3-B (wevor Trans eit): ended	egen verlängerichandene Aresport über: lienst	ml 35 ml ter Transp ntikörper	= I/I  portzeiten)  : Anti  th Klinik / Praxis  Krankenl	Stempel haus/ Abteilung/	(Anzahl)