

Patient

Abnahme-Datum und -Zeit

Tag	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Monat	Jan	Feb	März	April	Mai	Juni	Juli	Aug	Sept	Okt	Nov	Dez				
Std.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12				
	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	0				
Min.	0	10	20	30	40	50										

PID	8	4	2	1	8	4	2	1	8	4	2	1	8	4	2	1
PID	8	4	2	1	8	4	2	1	8	4	2	1	8	4	2	1
AG	8	4	2	1	8	4	2	1	8	4	2	1	8	4	2	1
	8	4	2	1	8	4	2	1	8	4	2	1	8	4	2	1

Auftrags-Nr.

117205

Transfusionsanamnese

Frühere Transfusionen: ja, Datum _____ nein

Schwangerschaften: aktuell SSW: _____ frühere

Anti-D-Prophylaxe am: _____

Angaben zum Material

infektiös

wissenschaftlich Studie Nr.: _____

Blutgruppe / Rhesus / Antikörper

*Bitte jeweils entsprechendes Dokument mitschicken

Blutgruppenausweis vorhanden ja nein Alloantikörper bekannt nein ja, welche?*

Blutgruppenserologische Untersuchungen

Prätransfusioneller Block (Blutgruppe/Rhesus, Dir. Coombstest, Antikörper Suchtest) Nativ 5,5 ml / EDTA 2,7 ml

Blutgruppe / Rhesus Nativ 5,5 ml / EDTA 2,7 ml

Direkter Coombstest EDTA 9 ml

Indirekter Coombstest (entspricht Antikörper Suchtest) Nativ 5,5 ml / EDTA 2,7 ml

Kälteagglutininscreening Nativ 5,5 ml + EDTA 9 ml

Spezialuntersuchungen (nach tel. Absprache Tel. 2 3307): _____

Diagnose, Medikamente: _____

BG-Ausweis wird gewünscht (gratis)

Blutprodukte-Bestellung

Notfallmässig (innert 1 Std.)

Ungesichtet (nur mit ärztlicher Unterschrift)

Erythrozytenkonzentrat (leukozytendepletiert)

Thrombozytenkonz. (aus Apherese vom Einzelspender) TK

1/2 Thrombozytenkonzentrat (für Kinder < 2 Jahre)

Frisch gefrorenes Plasma

Bestrahlung (mind. 25 Gy)

Eigenblut

Eigenplasma

anderes: _____

vorgesehenes Transfusionsdatum: _____

für Abteilung: _____



Schwangerschaftstest (Urin) Erythropoietin (Monovette Nativ S.S.m)

Arzt / Sucher:

Unterschrift:

Urin	117205-71	Urin	117205-50	Urin	117205-51	Urin	117205-51
Urin	117205-71	Urin	117205-50	Urin	117205-51	Urin	117205-51

Etikette bitte so kleben