



**Anforderungsbegleitschein: Immunhämatologie**

Anfordernde Station / Einsender:

.....

Notfalltransfusion (ungekreuzt)

Das erhöhte Transfusionsrisiko trägt der anfordernde Arzt

Patientenetikett „für Beleg“, mit Barcode bitte einkleben	
Name:	
Vorname:	
Geburtsdatum:	
Männlich <input type="checkbox"/>	Weiblich <input type="checkbox"/>

Transfusionsmedizinische Vorbefunde (bekannte Blutgruppe, Antikörper): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Diagnose: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Datum

\_\_\_\_\_

**Analysenanforderung**

Blutgruppen		Sonstiges	
<input type="checkbox"/>	Blutgruppe	ABO, Rh-Formel, Kell, Antikörpersuchtest (AKS)	<input type="checkbox"/> Dir. Coombstest
<input type="checkbox"/>	Blutgruppe Neugeborene	ABO, Rh-Formel, Kell, direkter Coombstest (DCT)	<input type="checkbox"/> Antikörpersuchtest
<input type="checkbox"/>	Blutgruppe Nabelschnurblut	ABD, direkter Coombstest (DCT)	

**Präparate-Anforderung**

Präparat	Anzahl	Davon auf Abruf	Davon ungekreuzt
Erythrozytenkonzentrat (Kreuzblut erforderlich)			
Gefrorenes Frischplasma			
Thrombozytenkonzentrat (Pool)			
Thrombozytenkonzentrat (Apharese)			

Bemerkung/Sonderanforderungen (gewaschene Präparate, HLA-Masch u.ä.) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_