**VERSCHREIBUNG VON BLUTPRODUKTEN (Anforderung Immunhämatologie)**

(ärztliche Verordnung gilt als Rezept)

Personalien /Adressette

|  |  |
| --- | --- |
| Name ,  Vorname |  |
| Geburtsdatum |  |
| ID-Nummer |  |

Datum der geplanten Transfusion:

Bei Notfall-Anforderung1:

Begründung: ­­­­­­­­­­

|  |  |
| --- | --- |
| Blutgruppe: | Rh |
| Irreguläre AK bekannt |  |
| Welcher: | nein |

**Dringlichkeit:**

Nicht dringliche Transfusion (Op-Programm)

Dringliche Transfusion (innerhalb 3 Std.)[[1]](#footnote-1)

**Blutgruppenbestimmung, Antikörpersuchtest und Verträglichkeitstest (Kreuzprobe)**

Bekannte Infektion \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Schwangerschaft

Z.n. KM-Transplantation

Therapie mit i.v. Immunglobulin /monoklonalem AK Präparat \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Daratumumab

**Verantwortung für die Blutentnahme und Identifikationssicherung [[2]](#footnote-2)**

**Unterschrift des anordnenden Arztes \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Name in Druckschrift \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Nummer Mobiltelefon \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Suchanlagennummer **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Angeforderte Blutpräparation**

Erythrozytenkonzentrat (Buffy-coat-frei) Merke: nur ein Produkt pro Routine-Anforderung

Frischplasma (GFP) Merke: 1ml/kg steigert die Aktivität GF um 1 %

Thrombozytenkonzentrat Merke: Über eine Thrombozytenzahl von 50 000/µl nur selten indiziert

Spezialprodukte

Gewaschenes EK Grund: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Bestrahltes EK Grund: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Eigenblut-EK vorhanden Anzahl: ­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_

Eigenplasma vorhanden Anzahl: ­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_

**Frühere Transfusionen** /Transfusionsanamnese

Zeitpunkt : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Grund : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Gerinnungsprodukt Dosis Chargenaufkleber (erfolgte Verabreichung)**

Fibrinogen Dosis : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Prothrombinkomplex : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Faktor XIII : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Aktivierter F VII : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Faktorenkonzentrat : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Anderes Gerinnungsprodukt : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Anforderungsdatum \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Unterschrift des verordnenden Arztes \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Name in Druckschrift \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Nummer Mobiltelefon \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Suchanlagennummer  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ORIGINAL für die BLUTBANK / DURCHSCHRIFT für die KRANKENAKTE , nur vollständig ausgefüllte Formulare werden angenommen und bearbeitet**

1. **Die Verantwortung für das erhöhte Transfusionsrisiko wegen Unvollständigkeit der Untersuchung trägt der transfundierende Arzt.**  [↑](#footnote-ref-1)
2. **Entnahme nur nach Identifikationssicherung in beklebte Blutprobengefäße, Delegation nur an eingewiesenes Personal!** [↑](#footnote-ref-2)