



Untersuchungsauftrag Immunhämatologie und Bestellung von Erythrozytenkonzentraten

Auftraggeber (Adresse)		Rechte Spalte nur durch Labor Immunhämatologie auszufüllen!	
Patientenkleber: Name / Vorname: Geb.-Datum:		T/S gültig bis:	
Entnahmedatum:		Eingangsdatum:	
Zeit: Visum:		Probenmaterial: Zeit: Visum:	
Röhrchen mit Patientenklebern / Entnahmedatum + Entnahmezeit kennzeichnen! Für alle Anforderungen benötigen wir: 3 ml EDTA + 10 ml Nativblut / für direkten Coombstest 10 ml EDTA + 10ml Nativblut		Material: <input type="checkbox"/> hämolytisch <input type="checkbox"/> lipämisch <input type="checkbox"/> Röhrchen schlecht gefüllt: <input type="checkbox"/> telefonische Rücksprache mit:	
Diagnose:		BG/ Rh D: <table border="1" style="width: 100%; height: 30px;"></table>	
Operation:			
Schwangerschaft: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, SSW:		<input type="checkbox"/> externe BG-Karte:	
Rhesusprophylaxe durchgeführt: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wann:		Vorbefund:	
Transfusion in den letzten 14 Tagen <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja welche BG/Rh EK?	
Blutgruppe / Rhesusfaktor:	
Bekannte Erythrozyten-Antikörper:	
Bei bekannter Blutgruppe / Antikörper, Dokumentation beilegen		
Immunhämatologie		
<input type="checkbox"/> Blutgruppe / Rhesusfaktor (Erhalt Blutgruppenkarte / Bericht)		
<input type="checkbox"/> Type / Screen (T/S) <input type="checkbox"/> dringend, dann Grund:	
<input type="checkbox"/> Allo-Antikörper		
<input type="checkbox"/> Antikörpertiter-Verlaufskontrolle		
<input type="checkbox"/> Anti-D nach Prophylaxe		
<input type="checkbox"/> Neugeborene: Direkter Coombstest (DAT) und ggf. Indirekter Coombstest		
<input type="checkbox"/> Autoantikörperabklärung: Direkter Coombstest (DAT) und ggf. Eluat		
<input type="checkbox"/> Direkter Coombstest (DAT), Abklärung (T/S), EK erhalten am	
<input type="checkbox"/> Transfusionsreaktion (inkl. Swissmedic- Formular)		
<input type="checkbox"/> Nachbestellung Blutgruppenkarte (kostenpflichtig)		
<input type="checkbox"/> Kälte-Agglutinin-Titer-Bestimmung (nur nach telefonischer Rücksprache)		
Bestellung von Erythrozytenkonzentraten (EK)		
<input type="checkbox"/> für diesen Patienten wurde bereits Schockblut bestellt		
Anzahl EK:	
Dringlichkeitsstufen für EK-Bestellung (siehe Rückseite)		
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> auf Abruf		
Spezialprodukte (siehe Rückseite)		
<input type="checkbox"/> Bestrahit		
<input type="checkbox"/> CMV-AK negativ		
<input type="checkbox"/> Gewaschen		
<input type="checkbox"/> weniger als 5 Tage gelagert		
<input type="checkbox"/> 4er Split / Top-up		
Datum/ Unterschrift Verantwortliche(r):	
<input type="checkbox"/> ungewisse Blutgruppe (Entscheidung) 1. Datum/Visum:	
bei <input type="checkbox"/> dp <input type="checkbox"/> Iso <input type="checkbox"/> IH1000 <input type="checkbox"/> ID Reader 2. Datum/Visum:	
Anzahl Nachbestellung:	
.....		

**Wichtige Informationen zur Anwendung dieses Formulars**

Bitte lesen Sie diese Seite sorgfältig durch, denn sie enthält wichtige Informationen darüber, wie das Formular korrekt anzuwenden ist. Bei allfälligen Fragen steht Ihnen das Personal des RBSZ SG gern zur Verfügung.

Adresse: Stiftung Blutspende SRK Ostschweiz
Rorschacher Str. 111
9000 St. Gallen

Telefon: 071 494 28 51 intern: 28 51

E-Mail: 001.lab@blutspende-sg.ch

Internet: www.blutspende-sg.ch

IHTR = Immunhämolytische Transfusionsreaktion

Dringlichkeitsstufen 1 - 5	Bedeutung	Zeitverzögerung in Minuten	Risiko IHTR in Prozent
1	EK: 0 neg (Schockblut) Universalblut ! Nur Notfallbestellung !	5	1,5
2	EK: ABO-/ Rh-identisch kein Type / Screen	15	1,5
3	EK: vollständig ausgetestet Reguläres Type und Screen Blut wird sofort an Auftraggeber ausgeliefert, sobald ausgetestet	60	0,01
4	EK: vollständig ausgetestet Reguläres Type und Screen Wird bis zum telefonischen Abruf durch den Besteller im RBSZ zurückbehalten.	90	0,01
5	EK: geplante Transfusion Anruf durch Labor sobald zur Transfusion bereit oder auf Abruf, wenn angekreuzt.	240 - 300 (4 h - 5 h)	0,01
Hinweis:	Je nach Dringlichkeitsstufe wird der Auftraggeber bei Verzögerungen informiert! (z.B. Patient mit Antikörper)		

Spezialprodukte

Art	Indikation/ Definition
Bestraht	empfohlen um eine GvHD zu vermeiden. Achtung! Muss zwingend am Vortag der Transfusion bis 10 Uhr bestellt werden
CMV- AK- negativ	Blutprodukte von CMV-Antikörper-negativen Spendern
Gewaschen	empfohlen bei: - IgA-Mangel - schwere allergische Transfusionsreaktion auf plasmahaltige Blutprodukte - ABO inkompatible Nierentransplantation. Achtung! Muss zwingend am Vortag der Transfusion bis 10 Uhr bestellt werden
4er Split / Top-up	EK in 4-fach Beutel für Neugeborene (Bestellung nur Mo – Fr. bis 15:30 Uhr mit telefonischer Voranmeldung)