

Untersuchungsau	iftrag Im	munhamatol	ogie und Beste	ellung	von Eryt	nrozyte	nkonz	entraten
Auftraggeber (Adresse)				Rechte Spalte nur durch Labor Immunhämatologie				
	□ Patient/in (ambulant)* □ Patient/in (stationär)			auszufüllen!				
	i augivii (stationai)		T/S gültig bis:					
Patientenkleber:								
Name / Vorname:								
Name / Vorname.								
Cale Datum				Einaar	ngsdatum: .			
GebDatum:				_	nmaterial:	Zeit:		Visum:
				FIODEI	illiateriai.	Zeit.		visuii.
Entnahmedatum:								
7-14								
Zeit: Vi		um ı Entnahmozoit ka		Materia	: nämolytis	ch 🗆 lipäi	misch	
Für alle Anforderungen benötigen		um + Emmanmezen ke	ennzeichnen:		□ Röhrchen	schlecht get	füllt:	
3 ml EDTA + 10 ml Nativblut / für direkten Coombstest 10 ml EDTA + 10ml Nativblut						-		
Diagnose:				ZB:	Datum/ V	isum:		
Operation:				50/51	_			
Schwangerschaft:	□ ne	• •		BG/Rh	D:			
Rhesusprophylaxe durchgeführt		j ,	0/DL EV0		DO K			
Transfusion in den letzten 14 Ta	agen 🗆 ne	in □ ja weicne B	G/Rh EK?	□ exteri	ne BG-Karte:			
Blutgruppe / Rhesusfaktor:				Vorbefu	ınd:			
Bekannte Erythrozyten-Antikörp	oer: 	körper, Dokumentati	on heilegen					
Immunhämatologi		Korper, Bokumentati	on beliegen					
minumamatologic	G							
□ Blutgruppe / Rhesusfaktor		(Erhalt Blu	ıtgruppenkarte / Bericht)					
□ Type / Screen (T/S) □ dr	ringend, dann							
□ Allo-Antikörper	ll a							
□ Antikörpertiter-Verlaufskontrolle □ Anti-D nach Prophylaxe					Letzte Transfusion:			
□ Neugeborene: Direkter Coom	bstest (DAT)	und ggf. Indirekter Co	ombstest	□ keine Transfusion bekannt				
□ Autoantikörperabklärung: Dire	ekter Coombs	est (DAT) und ggf. El	uat					
 □ Direkter Coombstest (DAT), A □ Transfusionsreaktion 	Abklärung (T/S		am Swissmedic- Formular)		ABD ABO / Rh		89400 89401	
□ Nachbestellung Blutgruppenk	arte (kostenof		Swissifiedic- Formular)		Antikörpersucht	est	89405	
□ Kälte-Agglutinin-Titer-Bestimn			fonischer Rücksprache)	[□ negativ		□ positiv	
				[□ Enz. only		7 11 14	
B. (II =	41 4		··· (EI/)	4	Zelle V:		Zelle VI:	
Bestellung von Ery	ytnrozyt	enkonzentrat	en (EK)		Datum/Visum:			
					Antikörperspezif	ikation	89406	
□ für diesen Patienten wurde be	ereits Schockb	lut bestellt			DAT		89425	
				[□ negativ		□ positiv	
Anzahl EK:				I .				
		•			Datum/Visum:			
Dringlichkeitsstufen für EK-B	estellung		(siehe Rückseite)		ABO / Rh Neugo		89683	
	□4 □5	□ auf Abruf			AT (Neugebore Rhesusphänoty	,	89412 89417	
		WIWI			Antigen	F	89408	
			/ / 5" /		Rhesusprophyla	ixe	89444	
Spezialprodukte Bestrahlt			(siehe Rückseite)		AK-Titer bei SS Eluat		89420	
□ CMV-AK negativ					≘iuat Mono Dat		89410 89407	
□ weniger als 5 Tage gelagert					DaraEx-Behand	lung	89399	
					Fransportbox		89440	
					_aborentschädio Zuschlag erw. BG-		89443 68350	
					_usumay erw. DG-	, ypioieiuiig	00000	
.				Antikör				
Datum/ Unterschrift Verantwo	ortliche(r):			J				
□ ungewisse Blutgruppe (Entscheid) 1. Datum/Visum:					ın / Kell·			
Langewisse Didigrappe (Entsoridia)					yp / Kell:			
bei □ dp □ Iso □ IH1000 □ ID Reader 2. Datum/Visum:								
				AG:				
Anzahl Nachbestellung:			Auftragsnummer:					
Anzahl Nachbestellung:				Aumay	onuninion.			



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 gerne 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 www.blutspende-sg.ch

IHTR = Immunhämolytische Transfusionsreaktion

Dringlich- keitsstufen 1 - 5	Bedeutung	Zeitverzö- gerung 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 be (z.B. Patient mit Antikörper)	ei Verzögerung	en informiert!

Spezialprodukte

Art	Indikation/ Definition
Bestrahlt	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

*Hinweis zur Rechnungsstellung

Für Patientenrechnungen (ambulant) muss zwingend die vollständige und aktuelle Adresse des Patienten angegeben werden. Sämtliche nachträgliche Änderungen (sowohl Adressänderungen als auch Wechsel Rechnungsempfänger) verursachen Mehrkosten, welche Ihnen als Auftraggeber mit CHF 50.- pro Fall in Rechnung gestellt werden.

Es werden keine EK-Bestellungen an Patienten weiterverrechnet, in diesem Fall ist der Rechnungsempfänger immer der Auftraggeber.