



Untersuchungsauftrag Immunhämatologie und Bestellung von Erythrozytenkonzentraten

Auftraggeber (Adresse)		<input type="checkbox"/> Patient/in (ambulant)* <input type="checkbox"/> Patient/in (stationär)	Rechte Spalte nur durch Labor Immunhämatologie auszufüllen!				
Patientenkleber: Name / Vorname: Geb.-Datum:		T/S gültig bis:			Eingangsdatum:		
Entnahmedatum:		Probenmaterial:			Zeit:		
Zeit: Visum:		Material:			Visum:		
Röhrcen mit Patientenklebern / Entnahmedatum + Entnahmezeit kennzeichnen! Für alle Anforderungen benötigen wir: 3 ml EDTA + 10 ml Nativblut / für direkten Coombstest 10 ml EDTA + 10ml Nativblut		<input type="checkbox"/> hämolytisch <input type="checkbox"/> lipämisch <input type="checkbox"/> Röhrcen schlecht gefüllt:			ZB: Datum/ Visum:		
Diagnose: Operation: Schwangerschaft: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, SSW: Rhesusprophylaxe durchgeführt: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wann: Transfusion in den letzten 14 Tagen <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja welche BG/Rh EK?		BG/ Rh D:			<input type="checkbox"/> externe BG-Karte:		
Blutgruppe / Rhesusfaktor: Bekannte Erythrozyten-Antikörper: Bei bekannter Blutgruppe / Antikörper, Dokumentation beilegen		Vorbefund:			Letzte Transfusion: <input type="checkbox"/> keine Transfusion bekannt		
Immunhämatologie		<input type="checkbox"/> Bestellung Blutgruppenkarte <input type="checkbox"/> Blutgruppe / Rhesusfaktor <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), letzte Transfusion am <input type="checkbox"/> Transfusionsreaktion (inkl. Swissmedic- Formular) <input type="checkbox"/> Kälte-Agglutinin-Titer-Bestimmung (nur nach telefonischer Rücksprache)			<input type="checkbox"/> ABD 89400 <input type="checkbox"/> ABO / Rh 89401 <input type="checkbox"/> Antikörpersuchtest 89405 <input type="checkbox"/> negativ <input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> Enz. only Zelle V: Zelle VI:		
Bestellung von Erythrozytenkonzentraten (EK)		<input type="checkbox"/> für diesen Patienten wurde bereits Schockblut bestellt					
Anzahl EK:		Datum/Visum:					
Dringlichkeitsstufen für EK-Bestellung (siehe Rückseite)		<input type="checkbox"/> ABD / Rh Neugeborene 89683 <input type="checkbox"/> IAT (Neugeborene) 89412 <input type="checkbox"/> Rhesusphänotyp 89417 <input type="checkbox"/> Antigen 89408 <input type="checkbox"/> Rhesusprophylaxe 89444 <input type="checkbox"/> AK-Titer bei SS 89420 <input type="checkbox"/> Eluat 89410 <input type="checkbox"/> Mono Dat 89407 <input type="checkbox"/> DaraEx-Behandlung 89399 <input type="checkbox"/> Transportbox 89440 <input type="checkbox"/> Laborentscheidung 89443 <input type="checkbox"/> Zuschlag erw. BG-Typisierung 68350					
<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		Datum/Visum:					
Spezialprodukte (siehe Rückseite)		<input type="checkbox"/> Bestrahit <input type="checkbox"/> CMV-AK negativ <input type="checkbox"/> weniger als 5 Tage gelagert					
Datum/ Unterschrift Verantwortliche(r):		Antikörper:					
<input type="checkbox"/> ungewisse Blutgruppe (Entscheid) 1. Datum/Visum:		Phänotyp / Kell:					
bei <input type="checkbox"/> dp <input type="checkbox"/> Iso <input type="checkbox"/> IH1000 <input type="checkbox"/> ID Reader 2. Datum/Visum:		AG:					
Anzahl Nachbestellung:		Auftragsnummer:					

**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

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
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.