

Absender <small>(z. B. Stempel)</small>

Anforderung für Zytapheresepräparate

Patient/in
 geb. am Diagnose *
 Fall-Nummer Krankenkasse
 Blutgruppe * Rh Größe (cm)
 HLA-Typ * A B Gewicht (kg) * Bei Erstanforderung

Bei Folgeanforderung für Spenderauswahl unbedingt angeben !!

Inkrement nach der letzten Einzelspender-Thrombozyten-Transfusion (Thrombozyten/ μ l)

Transfusion am BB vorThr/ μ lStd. nachThr/ μ l

Klinik Behandelnder Arzt
(Druckbuchstaben)
 Station Telefon Nummer
 Datum Unterschrift

Präparate

HLA-typisierte **Thrombozyten (Tk)** Anti-HLA / HPA-Antikörper ja nein
 2 Einheiten (Doppelpräparat) wenn ja, welche
 1 Einheit (Einzelpräparat)
 (sonstige) Anti-CMV-negativ ja nein
 Volumen reduzieren ja nein
 wenn ja auf ml

Bestellung

Für (Datum)
 um (Uhrzeit)
 auf Abruf

Auslieferung (nach Rücksprache)

Versorgungswagen Bahnexpress-IC Taxi
 Depot-Fahrer Selbstabholer

Bearbeitung Datum Unterschrift Zellseparation