

Ohne Patienten-Etikett oder Angabe der Auftrags-Nr. keine Bearbeitung möglich

Patienten-Etikett nur hier einkleben

Name, Vorname \_\_\_\_\_

M  W

Geb.-Datum \_\_\_\_\_ Geschlecht \_\_\_\_\_

Aufnahme-Nr. \_\_\_\_\_

**SLK-Kliniken** SLK-Kliniken Heilbronn GmbH  
 Institut für Laboratoriumsmedizin  
 Direktor: PD Dr. Dr. A. Pickert

**Vom anfordernden Arzt auszufüllen**

Diese Anforderung gilt als ärztliche Verordnung, sie muß von einem approbierten Arzt unterschrieben sein. Blutprodukte sind verschreibungspflichtige Arzneimittel.  
 Beachten Sie die jeweils gültigen Transfusionsrichtlinien der Bundesärztekammer und die Leitlinien zur Therapie mit Blutprodukten.

Anfordernde Station / Ambulanz																					
Am Gesundbrunnen				Am Plattenwald				Brackenheim				Löwenst.									
Med. Kl.	Chir. Kl.	Frauen Kl.	Kind. Kl.	Hautkl.	M1	M2	M3	D1	BM2	BM3	GR1	C1	C2								
M1	G41	GS1	FS3	FS4	FS5	C57	C61	B1	B2	CAPO	C5	C6	C7	BC4	BC5	BC6	VDH	ACH			
H51	H01	G42	GS2	FS6	FS7	FS4	C58	C71	AHaut	R20	C8	C9	U10	G11	BHND	BG1	BAH3	IT	IMC		
H52	H02	H41	G01	FS7	FS8	KRS	C55	C81	R18	R21	MUK	M14	M15	M16	BIA	BCA	Gren	IM1	IM2		
IS1	H1	H42	G02	AFrau	R8	R10	C54	KWB	Urologie				M17	C18	C19	R20	Para	BAO1	BAO2	Win	Aim
IS2	H2	K5	H60	R7	R9	R11	AKin	R15	H51	H52	KRS	GN	K	Anlab	Möckmühl				H1	F2	
IS3	H3	R3	R4	HNO-KI.				R13	R16	AUro	R22	UC	Gyn	U	ACH	MA1	MA2	MA3	F3	VPN	
LHK	Diab	OP	R5	FS3	FS4	FS5	Aug.-KI.				R19	R23	Labor	LA	NUR	RAD	SVN	CI	CI	APN	R43
INA	Amph	OP1	R6	FS6	MKG	AHNO	FS3	FS4	Strahl.-T				Onko	UA	Pam	FAOC	GA1	IN1	Chir	APNAL	R44
Ambr1	R1	AUCH	AACH	Rad. + NUK				GS3	AAup	I31	I32	R26	R27	R28	R29	Pam	Rneu	R36	BAFT	R45	
Onko2	R2	UNA	ANA	I33	ASD	R12	R14	R17	Asi	R24	R30	R31	R32	R33	R37	R38	R39	Privat	R46		
Vulp	Emn	Jung	KaW	AKH	Vesa	R46	R49	R50	R51	R52	R53	R54	R55	Poro	BA	Apo	BB	EB	L		
KDiab	KOnko	Rneue	KPacto	KSPZ	KChir	R62	R63	R64	R65	R66	R67	R68	R69	R70	R71	R72	R73	R74	R75		
Entnahmetag																					
Mo Di Mi Do Fr Sa So																					
Entnahmezeit Std.																					
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11																					
12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22																					

**Vorbefunde (Hinweis: Angaben beschleunigen wesentlich die Bearbeitung)**

Blutgr. aus unserem Haus Erythrozytäre Antikörper Protokoll / Auftrag Nr. Blutgr. aus anderem Haus Erythrozytäre Antikörper Dat. d. Unters./Untersucher

**Wichtige ergänzende klinische Angaben (Hinweis: fehlende Angaben verzögern die Bearbeitung)**

Dialyse-Patient oder Niereninsuffizienz  Nabelschnurblut, mütterl. Blutgruppe

chronisch-transfusionsbedürftig  Auf der Warteliste zur Transplant., bzw. Z. n. Organtransplantation

vortransfundierter Patient, zuletzt am \_\_\_\_\_  Therapie mit Plasmaexpandern in den letzten 24 Std.

Zustand nach Schwangerschaften Fehlgeburten  Patient vollheparinisiert

**Transfusionsserologische Untersuchungen „Blutgruppe“ (Hinweis: 1 Röhrchen EDTA-Blut)**

**Dringlichkeit der Blutgruppenbestimmung**

Routineanforderung Fertigstellung am Arbeitstag

Eilanforderung Fertigstellung innerhalb 2 Stunden

Notfalleanforderung Fertigstellung innerhalb von 60 Minuten

Ausstellung eines Notfallausweises für den Patienten gewünscht. Zur Identitätssicherung bestehen wir vor der Ausstellung eines Notfallausweises auf einer zweiten Blutgruppenbestimmung aus neu entnommem Untersuchungsmaterial

**Ausgabe von „Blutprodukten“ (Hinweis: 1 Röhrchen EDTA-Blut)**

**Dringlichkeit der Blutproduktausgabe**

Blutprodukte werden benötigt am: \_\_\_\_\_

Bereitstellung (48 Std. ab dem Bearbeitungsdatum)

Eilanforderung (120 Minuten)

Notfall (60 Minuten)

Lebensgefahr, ungekreuzte Konserven, erhöhtes Transfusionsrisiko

**Untersuchungsauftrag**

Blutgruppe (AB0, Rhesus-D, Kell), Antikörpersuchtest

Rhesusuntergruppe (C, CW, c, E, e)

Antikörpersuchtest (indirekter Coombstest)

direkter Coombstest (Anämie, Transfusionsreaktionen)

direkter Coombstest bei Neugeborenen

Kontrolle der Rhesusprophylaxe, vor \_\_\_\_\_ Tagen

Untersuchungen im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge, Mutterpaß liegt bei.

**Seltene Blutgruppen**  Lewis  Duffy  Kidd  MNSs  Cellano  P1  Lutheran

Differenzierung eines irregulären erythrozytären Antikörpers

**Ausgabe (Hinweis: Pro Anforderung maximal 4 Produkte)**

**Fremdblut**

1  2  3  4

Leukozytendepletiertes Erythrozytenkonzentrat

1  2

Leukozytendepl. Erythrozytenkonz. / CMV neg.\*

1  2

Leukozytendepl. Erythrozytenkonz. / CMV neg.\* / Babyabfüllung ca. 60 ml

\* Indikationen für CMV-negative Blutprodukte: unreif geborene Neugeborene CMV-negativer Mütter CMV-neg. Pat. nach allogener Knochenmarktranspl.

1

Leukozytendepletiertes Thrombozytenkonzentrat

1  2  3  4

Gefrorenes Frischplasma aus Quarantänelagerung

**Eigenblut**

1  2  3  4

Eigenblut: Erythrozytensediment in additiv. Lösung

1  2  3  4

Eigenblut: Frischplasma

**Blutprodukt mit 30 Gy bestrahlen\*\***

\*\* gesicherte Indikationen für bestrahlte Blutprodukte  
 Transfusion bei Stammzell / Knochenmarktransplantation  
 Transfusion vor autologer Blutstammzellentnahme  
 Transfusion bei schwerem Immundefektsyndrom

Intrauterine Transfusion  
 Transfusion bei Frühgeborenen (weniger als 37 SSW)  
 Transfusion bei Neugeborenen bei V. a. Immundefekt  
 Bei allen gerichteten Blutspenden von Blutsverwandten

Auftrags-Nr. 01267224

Unterschrift des Arztes

Unterschrift des Entnehmenden

01267224

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

01267224

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Name 01267224

Name 01267224