


Auftrag Transfusionslabor

(LA 2) Tel. 7563 Fax. 7157

Präanalytik	
Entnahmedatum _____ Zeit _____ Patientenidentifikation durchgeführt <input type="checkbox"/> Patientendaten Auftrag und EDTA-Röhrchen verglichen <input type="checkbox"/> Blutentnahme durch (Name in Blockschrift): Name _____ Verantwortlicher Arzt (Blockschrift) _____ Diese Angaben sind zwingend, ohne diese Angaben wird der Auftrag nicht angenommen. Pro Testblut ist ein Auftragsformular auszufüllen. Vielen Dank!	
	
Diagnose _____ Externe Transfusionen <input type="checkbox"/> ja In den letzten 3 Monaten? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Gewünschte Untersuchungen (EDTA-Blut ≥ 1.5 ml, rote Monovette)	
<input type="checkbox"/> Testblut (Blutgruppe, Antikörpersuchtest und DAT, oder Type&Screen und DAT. Je nach Vorwert Patient) <input type="checkbox"/> Direkter Coombstest (DAT) <input type="checkbox"/> Crossmatch <input type="checkbox"/> Spezialuntersuchung (nach tel. Absprache 7563) <input type="checkbox"/> Isoagglutinintiter (5 ml Nativblut)	
Blutproduktebestellung	Informationen zur Bestellung
___ Erythrozytenkonzentrat (EK) (200-350 ml) ___ Halbes EK 1) (120-160 ml) Aktuelles Hb _____ g/L <input type="checkbox"/> Bestrahlt	<input type="checkbox"/> Für laufende OP/HK <input type="checkbox"/> Für OP/HK am: _____ <input type="checkbox"/> Für HLM-OP am: _____ <input type="checkbox"/> Für ECMO <input type="checkbox"/> Für geplante Transfusion am: _____ <input type="checkbox"/> Reserve (Lagerung im Labor)
___ Octaplas (200 ml)	
___ Thrombozytenkonzentrat (TK) ___ Halbes TK 1) (Patienten < 15kg) Aktuelle Thrombozyten _____ g/L	
<input type="checkbox"/> Notfall (zwingend telefonische Voranmeldung 7563)	
Für laborinternen Gebrauch	

1) Je nach Verfügbarkeit

2) Andere Indikationen müssen kurz beschrieben werden