

ATMZH Anforderungsschein

Tel. (089) 4400-73710

Fax -73707

Rohrpost 8xxx

Download Dokument siehe Internetseite <http://www.klinikum.uni-muenchen.de/Klinik-fuer-Anaesthesiologie/Transfusionsmedizin-Zelltherapeutika-und-Haemostaseologie/de/Blutdepot/Anforderungsformulare/index.html>

Pflichtfelder = rot umrandet

Name, Vorname, GebDat, –Fallnummer–
Aktuelles Patienten-Barcode-Etikett aufkleben, unabdingbar für DRG-Verrechnung!

 Ambulante Verrechnung

Bei ambulanter Verrechnung bitte unbedingt ausgefülltes Rezept beilegen!

Klinik Station

Telefon-Nr.

 Routine / OP-Plan Eilig (ca. 120 Min zuzüglich Transport!)**NOTFALL**

ungekreuzt (bei Lebensgefahr)

INNENSTADT: ANMELDER KONTAKTIERT 0-112 FÜR TRANSPORT / GENAUER LIEFERADRESSE

= Tel. Anmeldung erforderlich

Routineannahme werktags 8°-16°Uhr, Wochenende/Feiertage 8°-14°Uhr. Alle Notfälle müssen telefonisch (☎) angemeldet werden!

Diagnose, Eingriff, OP

.....
.....
.....

EK Aktueller Hb _____ g/dl

TK Aktuelle Plt _____ G/l

Untersuchung aus Nabelschnurblut

Schwangerschaften:

 nein ja; Wie viele u. SSW:

Rh-Prophylaxe:

 nein ja; Wann zuletzt:

Transfusionen:

 nein ja; Wann zuletzt:

Irreguläre Antikörper:

 unbekannt nein ja; Welche:

Allogene Stammzell-Tx:

 unbekannt nein ja; Wann:

Störende Medikamente:

 Daratumumab andere monoklonale AK iv-Immunglobuline Heparin, Kolloide, hochdosierte Antibiotika

Wann zuletzt?

Abnahmedatum (tt.mm.jj) u. Zeit (hh:mm)

t	t	m	m	j	j	h	h	m	m
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Bitte Helios-Kennung der die Blutprobe entnehmenden nicht-ärztlichen Person in Druckbuchstaben

--	--	--	--	--	--	--	--

Unterschrift, anfordernde/r Ärztin / Arzt verantwortlich f. Anforderung u. Probenidentität

Bitte Helios-Kennung Ärztin/Arzt Druckbuchstaben							

Befundmitteilung an Station €€: Befundausdruck per Fax. Standard: Blutgruppenbefunde im KAS einsehbar

Blutgruppenserologie	Konservenanforderung		
	<input type="checkbox"/> Ausgabe von bereits gekreuzten Konserven Anzahl: _____	Versand Rohrpost: <input type="checkbox"/> Ja	
<input type="checkbox"/> „Kreuzblut“ ohne Konservenanforderung			
Keine Vorratslieferung! Bitte mit Transfusionskatalog abgleichen!		Anzahl Lieferung an OP/Station z. sofortigen Verbrauch €€	Standardbestellung auf Abruf aus der ATMZH
EK Erythrozytenkonzentrat			
GFP/FFP (nur unbestrahlert)			
TK Thrombozytenkonzentrat			
<input type="checkbox"/> EK Babykonserven Portion „pro infantibus“ auf Station _____ ml			
<input type="checkbox"/> Bestrahlung nur für EK und TK Bitte beachten Sie die eingeschränkte Indikationsliste der aktuellen Querschnittsleitlinien!			
<input type="checkbox"/> Ausgabe gelagerter Eigenbluteinheiten EK + GFP			
Achtung! Meldebögen u. Scheine für Transfusionsreaktion Plasmapräparate (GRH), HLA-Diagnostik (LfMD), Thrombozyten- u. HIT-II-Diagnostik, (Thrombozytentestlabor GRH), Zelltherapeutika und Stammzellen (Stammzelllabor GRH) unter: atmh.ana.klinikum.uni-muenchen.de	Sonstige Anforderung / Untersuchung nur nach Rücksprache mit dem diensthabenden Arzt der ATMZH		
Nur bei besonderer Indikation	Anderes und Bemerkungen ATMZH		
<input type="checkbox"/> HLA/ HPA-typisiert (€€) <input type="checkbox"/> gewaschen (€€)			