

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.

Bei Konservenanforderung
Transfusionsdatum / OP am:

Lieferort:

☐ Routine / OP-Plan

☐ Eilig (ca. 120 Min zuzüglich Transport!)

☐ NOTFALL

ungekreuzt (bei Lebensgefahr)

**INNENSTADT: ANMELDER KONTAKT-
TIERT 0-112 FÜR TRANSPORT/ GENAUE
LIEFERADRESSE**

☎ = Tel. Anmeldung erforderlich

Routineannahme werktags 8⁰⁰-16⁰⁰Uhr, Wochenende/Feiertage 8⁰⁰-14⁰⁰Uhr. Alle Notfälle müssen telefonisch (☎) angemeldet werden!

Diagnose, Eingriff, OP

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 verantwort-
lich f. Anforderung u. Probenidentität

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

Bitte Helios-Kennung Ärztin/Arzt Druckbuchstaben

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

EK Aktueller Hb _____ g/dl

TK Aktuelle Plt _____ G/l

☐ Untersuchung aus Nabel-
schnurblut

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

Blutgruppenserologie

☐ Blutgruppenbestimmung

AB0,Rh-For-
mel,Kell,AKT,dC

☐ Antikörpersuchtest (AKT)

☐ Direkter Coombstest (dC)

☐ Transfusionsreaktion (TR)
plus zusätzlicher Meldebogen!

Zusatzuntersuchungen:

☐ Abklärung Immnhämolyse
Mo-Fr, Annahme 07⁰⁰ bis 12⁰⁰Uhr

☐ Nachweis Kälteantikörper
Kälteagglutinine (37°C Probe!)
Mo-Fr, Annahme 07⁰⁰ bis 12⁰⁰Uhr

Andere Untersuchungen:

**Achtung ! Meldebögen u. Scheine für
Transfusionsreaktion
Plasmapräparate (GRH),
HLA-Diagnostik (LfIMD),
Thrombozyten- u. HIT-II-Diagnostik,
(Thrombozytenlabor GRH),
Zelltherapeutika und Stammzellen
(Stammzelllabor GRH) unter:
atmh.ana.klinikum.uni-muenchen.de**

Konservenanforderung

☐ Ausgabe von bereits gekreuzten Konserven Anzahl: _____ Versand Rohrpost: ☐ Ja

☐ „Kreuzblut“ ohne Konservenanforderung

Keine Vorratslieferung! Bitte mit Transfusionskatalog ab-
gleichen!

Anzahl Lieferung an
OP/Station z. sofortigen
Verbrauch €€

Standardbestel-
lung auf Abruf
aus der
ATMZH

EK Erythrozytenkonzentrat

GFP/FFP (nur unbestrahlt)

TK Thrombozytenkonzentrat

☐ EK Babykonserve Portion „pro infantibus“ auf Station _____ml

☐ Bestrahlung nur für EK und TK

Bitte beachten Sie die eingeschränkte Indikationsliste der aktuellen Querschnittsleitlinien!

☐ Ausgabe gelagerter Eigenbluteinheiten EK + GFP

Sonstige Anforderung / Untersuchung

nur nach Rücksprache mit dem diensthabenden Arzt der ATMZH

Nur bei besonderer Indikation

☐ HLA/ HPA-typisiert (€€)

☐ gewaschen (€€)

Anderes und Bemerkungen ATMZH