

ATMZH-Anforderung Neonatale Transfusion

Tel. 4400-73710

Fax 4400-73707

RP 8xxx

<p>Kind (großes EDV-Etikett)</p> <p>_____</p> <p>Name Vorname</p> <p>_____</p> <p>Geb.-Dat. Station</p>	<p>Mutter (großes EDV-Etikett, nur bei der ersten Anforderung bekleben)</p> <p>_____</p> <p>Name Vorname</p> <p>_____</p> <p>Geb.-Dat. Station</p>																																				
<p>Kreuzblut des Kindes abgenommen am</p> <table border="1" style="width:100%; text-align: center; font-size: small;"> <tr> <td>t</td><td>t</td><td>m</td><td>m</td><td>j</td><td>j</td><td>h</td><td>h</td><td>m</td><td>m</td> </tr> </table> <p>Abnahmedatum (tt.mm.jj) Zeit (hh:mm)</p> <p>Die Blutprobe ist mit Name, Vorname u. Geburtsdatum des Kindes beschriftet. Die Identität wird hiermit bestätigt.</p> <table border="1" style="width:100%; text-align: center; font-size: x-small;"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table> <p>Bitte Helios-Kennung Ärztin/Arzt (Druckbuchstaben) eintragen</p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">Unterschrift Ärztin / Arzt</p>	t	t	m	m	j	j	h	h	m	m									<p>Kreuzblut der Mutter abgenommen am</p> <table border="1" style="width:100%; text-align: center; font-size: small;"> <tr> <td>t</td><td>t</td><td>m</td><td>m</td><td>j</td><td>j</td><td>h</td><td>h</td><td>m</td><td>m</td> </tr> </table> <p>Abnahmedatum (tt.mm.jj) und Zeit (hh:mm)</p> <p>Die Blutprobe ist mit Name, Vorname u. Geburtsdatum der Mutter des (links genannten) Kindes beschriftet. Die Identität wird hiermit bestätigt.</p> <table border="1" style="width:100%; text-align: center; font-size: x-small;"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table> <p>Bitte Helios-Kennung Ärztin/Arzt (Druckbuchstaben) eintragen</p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">Unterschrift Ärztin / Arzt</p>	t	t	m	m	j	j	h	h	m	m								
t	t	m	m	j	j	h	h	m	m																												
t	t	m	m	j	j	h	h	m	m																												

Diagnose: _____

Aufnahme in das Mutter-Kind-Programm

Errechneter Geburtstermin: _____

Konservenanforderung

<input type="checkbox"/> Erythrozytenkonzentrat	<input type="checkbox"/> Thrombozytenkonzentrat
<input type="checkbox"/> bestrahlt Volumen: _____ ml	<input type="checkbox"/> bestrahlt
<input type="checkbox"/> FFP/GFP Blutgruppe AB/kompatibel	<input type="checkbox"/> Sonstiges

Routine / OP-Plan

Eilig (140 Minuten)

NOTFALL
ungekreuzt bei Lebensgefahr
☎ Tel. Anmeldung erforderlich

<p>Konservenlieferung an Station</p> <table border="1" style="width:100%; text-align: center; font-size: small;"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table> <p>_____</p> <p>Helios-Kennung anfordernde/r Ärztin/Arzt (Druckbuchstaben)</p>											<p style="text-align: center;">am um</p> <table border="1" style="width:100%; text-align: center; font-size: small;"> <tr> <td>t</td><td>t</td><td>m</td><td>m</td><td>j</td><td>j</td><td>h</td><td>h</td><td>m</td><td>m</td> </tr> </table> <p>_____</p> <p>Unterschrift anfordernde/r Ärztin / Arzt</p>	t	t	m	m	j	j	h	h	m	m
t	t	m	m	j	j	h	h	m	m												