

Anforderung Plasmapräparate innerhalb LMU Klinikum GH

Anforderung von Plasmapräparaten innerhalb des LMU Klinikums

– ATMZH Blutdepot Campus Großhadern –

Tel. (089) 4400-73710 – Fax (089) 4400-73707 – Rohrpost 8xxx

Dokument siehe auch Intranet <http://intranet.klinikum.uni-muenchen.de/Abteilung-fuer-Transfusionsmedizin-Zelltherapeutika-und-Haemostaseologie/de/index.html>

Klinikanschrift + Telefonnr. (bitte Klinikstempel)	Patient Name, Vorname, Geburtsdatum (bitte Etikett)	Anforderung Patient ist: ☐ stationär ☐ ambulant Datum _____ Uhrzeit _____ NOTFALL (0-112) ☐
--	--	---

Routineversorgung: werktags 08⁰⁰ - 16⁰⁰ Uhr:

Patientenbezogene Ausgabe, Auffüllen von Notfalldepots und Stations- und OP-Depots

Notfallversorgung: werktags 16⁰⁰ - 08⁰⁰ Uhr, am Wochenende u. Feiertagen 0⁰⁰ - 24⁰⁰ Uhr:

Patientenbezogene Ausgabe für Notfälle und Auffüllen von Notfalldepots. Nur nach telefonischer Anmeldung!

Ein Notfalltransport muss von der anfordernden Einrichtung bestellt werden (Tel. 0-112, genaue Angabe der Anlieferstelle!)

Wirkstoff	Handelsname (z.B.)	Packungsgröße	Anzahl Packungen
PPSB		☐ 500 / 600 IE	
Heparinfreies PPSB	Cofact® (nur bei HIT II)	☐ 500 IE	
Fibrinogen	Haemocomplettan®	☐ 1 g	
		☐ 2 g	
Antithrombin		☐ 500 IE ☐ 1000 IE	
Faktor XIII, plasmatisch	Fibrogammin®	☐ 1250 IE	
C1-Esterase-Inhibitor	Beriner®	☐ 500 IE	
akt. PPSB/FEIBA	FEIBA	☐ 1000 IE	
Faktor VIIa, rekombinant	NovoSeven®	☐ 1 mg	
		☐ 5 mg	
Faktor VIII, plasmatisch (Präparat mit zusätzl. vWF)	Haemate®	☐ 1000 IE	
Protein C	Ceprothin®	☐ 500 IE	
		☐ 1000 IE	
Andere Faktorenpräparate (bitte genaue Bezeichnung - Wirkstoff, Handelsname, Packungsgröße + Anzahl der Packungen eintragen):			

Unterschrift + Name des anfordernden Arztes in Druckbuchstaben

Wichtige Hinweise:

Verabreichte Präparate müssen unmittelbar nach Gabe mittels IMD vom transfundierenden Arzt bestätigt werden. **Eine Rücknahme** von nicht benötigten Präparaten ist nur bei **dokumentierter ordnungsgemäßer Lagerung** (Unterschrift auf dem Lieferschein) und **bis spätestens zwei Wochen nach Entlassung des Patienten** möglich, wir bitten in diesem Fall um frühestmögliche Rücksprache.

Ausgabe

Datum / Uhrzeit _____

Unterschrift ATMZH _____