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>

<p><u>Pflichtfelder = rot umrandet</u> Name, Vorname, GebDat, – Fallnummer – Aktuelles Patienten-Barcode-Etikett aufkleben, unabdingbar für DRG-Verrechnung!</p> <p>☐ Ambulante Verrechnung Bei ambulanter Verrechnung bitte unbedingt ausgefülltes Rezept beilegen!</p>	Klinik Station	Telefon-Nr.	☐ Routine / OP-Plan ☐ Eilig (ca. 120 Min zuzüglich Transport!) ☒ NOTFALL ungekreuzt (bei Lebensgefahr) INNENSTADT: ANMELDER KON-TAKTIERT 0-112 FÜR TRANSPORT/GENAUE LIEFERADRESSE ☎ = Tel. Anmeldung erforderlich
	Bei Konservenanforderung Transfusionsdatum / OP am:		
	Lieferort:		

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) <table border="1"> <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> Bitte Helios-Kennung der die Blutprobe entnehmenden nicht-ärztlichen Person in Druckbuchstaben <table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table> Unterschrift, anfordernde/r Ärztin / Arzt verantwortlich f. Anforderung u. Probenidentität Bitte Helios-Kennung Ärztin/Arzt Druckbuchstaben <table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>	t	t	m	m	j	j	h	h	m	m																				
	t	t	m	m	j	j	h	h	m	m																						

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

Blutgruppenserologie ☐ Blutgruppenbestimmung AB0,Rh-Formel,Kell,AKT,dC ☐ Antikörpersuchtest (AKT) ☐ Direkter Coombstest (dC) ☐ Transfusionsreaktion (TR) plus zusätzlicher Meldebogen! Zusatzuntersuchungen: ☐ Abklärung Immunhämolysen Mo-Fr, Annahme 07° bis 12°Uhr ☐ Nachweis Kälteantikörper Kälteagglutinine (37°C Probe!) Mo-Fr, Annahme 07° bis 12°Uhr Andere Untersuchungen:	Konservenanforderung ☐ „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 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		
Achtung! Meldebögen und 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	Sonstige Anforderung / Untersuchung nur nach Rücksprache mit dem diensthabenden Arzt der ATMZH		
	Nur bei besonderer Indikation ☐ HLA/ HPA-typisiert (€€) ☐ gewaschen (€€)	Anderes und Bemerkungen ATMZH	