# Labor Chemnitz

Zentrum für Diagnostik am Klinikum Chemnitz

Flemmingstraße 2
09116 Chemnitz
Tel. (0371) 333 33452
Fax (0371) 333 33477

## Transfusionsserologie Blutkonservendepot

TM ▬ ▭ ▬ ▭ ▬ ▭ Auf ▭ ▭ ▬ ▭ BA ▭ ▬ ▭ ▬ ▭
Sp ▬ ▭ ▭ ▬ ▬ ▭

Auftrags-Nr.

Probenannahme
Flemmingstraße

▭ Bearb. < 2 Std. ▬ **lebensbedrohl.*)**

**Patienten-Etikett.** Sonst unbedingt ausfüllen und markieren!

Name, Vorname
Straße
PLZ/Wohnort
Kostenträger
Geb.-Datum
Fallnummer

männlich ▭
weiblich ▭
divers ▭

Station

**Behandlungs-Art**

- ▭ **stationär**
- ▭ **teil**stationär
- ▭ **vor**stationär
- ▭ **nach**stationär
- ▭ **ambulant**
- ▭ **ambul. OP**
- ▭ **Begutacht.**

**Abrechnung**

- ▭ **privat**
- ▭ **Kassen** (PK-EK)
- ▭ **fremd.** Einr.tg.
- ▭ **Berufsgen.sch.**

**Abnahme**
Tag
Monat
Zeit

| | | |
|---|---|---|
| **Vortransfusion** | ▭ ja | ▭ nein |
| **Transfus.reaktion** | ▭ ja | ▭ nein |
| **Anämieverdacht** | ▭ ja | ▭ nein |
| **Plasmaexpander** | ▭ ja | ▭ nein |
| **Gerinn.hemmer** | ▭ ja | ▭ nein |
| **Immunprophylaxe** | ▭ ja | ▭ nein |
| **Transplantation** | ▭ ja | ▭ nein |
| | ▭ ja | ▭ nein |
| **Schwangerschaft** | ▭ ja | ▭ nein |
| **Schwangersch.-Woche** | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 | 10 20 30 40 |
| **infektiös** | ▭ ja | ▭ nein |

Blutgruppe, falls bekannt

Nothilfepass vorhanden ☐ ja ☐ nein

**Diagnose / Fragestellung**

Antikörper, falls bekannt

**geplante OP**

Blutabnahme durch
Unterschrift

Für die Richtigkeit der Blutabnahme
Unterschrift u. Namensstempel d. Arztes

**Transfusion**

### Blutbank-Monovette

- ▭ 1 AB0-Blutgruppe, Rh-Faktor D
- ▭ 2 Rh-Formel
- ▭ 3 Antikörpersuchtest
- ▭ 4 Ausstellung Nothilfepass
- ▭ 5 Antikörperdifferenzierung
- ▭ 6 Antikörpertiter
- ▭ 7
- ▭ 8
- ▭ 9 Antikörper nach Immunprophylaxe
- ▭ 10
- ▭ 11 direkter Coombs-Test
- ▭ 12
- ▭ 13
- ▭ 14
- ▭ 15 Kälteagglutinine [1)]
- ▭ 16 Kälteagglutinintiter [1)]

### Blutbank-Monovette

- ▭ 17 serologische Verträglichkeitsprobe (Kreuzprobe)
- ▭ 18 Ery-Konzentrat, inline-gefiltert — Anzahl: — **kreuzen** ▭ **1** ▭ **4** / ▭ **2** ▭ **5** / ▭ **3** ▭ **6**
- ▭ 19 Baby-Konserve CMV-AK neg., bestrahlt — ▭ **1**
- ▭ 20 Austauschkonserve — ▭ **1** ▭ **2**
- ▭ 21 Humanplasma, gefroren — Anzahl: — ▭ **1** ▭ **2**
- ▭ 22 Plasmatausch Zeit: ..... ml: .....
- ▭ 23 CMV-AK neg.

**Hinweis**

1) Untersuchung Montag - Donnerstag nach telefonischer Anmeldung möglich, erforderlich sind 1EDTA-Monovette und 1SerumGel-Monovette, Abnahme und Transport bei 37 °C, temperierte Behälter im Institut erhältlich

***) In lebensbedrohlichen Notfällen werden Konserven auch ungekreuzt abgegeben. Tel. 333 33452 oder 333 33476 Die Kreuzprobe erfolgt nachträglich.**

Die gleichzeitige Anforderung von **Blutgruppenbestimmung und Verträglichkeitsprobe aus einer Blutabnahme ist nur im Notfall möglich.**

Zur Identitätssicherung ist die **getrennte Anforderung** von Blutgruppenbestimmung und Verträglichkeitsprobe erforderlich. Das erhöhte Risiko bei gleichzeitiger Anforderung von Blutgruppenbestimmung und Kreuzprobe aus einer Blutprobe sowie bei Anforderung von ungekreuzten Blutkonserven trägt der anfordernde Arzt.

90411050 01-2021