



**Immunhämatologie und Transfusionsmedizin**

**HOF A 104**

Blaue Rohrpost 10 / Rote Rohrpost 630  
Tel: 044 255 2313 / Fax: 044 255 4094  
Sucher: 181 142 349

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geschlecht: \_\_\_\_\_

Geb.datum: \_\_\_\_\_

Patientenetikette od. Patientenangaben

**Entnahmedatum/-Zeit:**

Datum: \_\_\_\_\_ Zeit: \_\_\_\_\_

**10 ml**

Vacutainer **violett**  
(EDTA-Blut)

**10 ml**

Vacutainer **rot**  
(Nativblut)

**Ärztliche Unterschrift / Sucher-Nr. / Tel.Nr.**  
für ungetestet-Ausgabe zwingend!

Diagnose / Operation: \_\_\_\_\_

**Auftraggeber  
Angabe zwingend!**

bedruckt mit Code od.  
codierte Etikette

**Schwangerschaft / Geburt:**

Schwangerschaft:  ja  nein

SSW: \_\_\_\_\_

Anti-D-Prophylaxe am: \_\_\_\_\_

**Blutgruppenserologische Untersuchungen (Routine)**

**1** EDTA-Blut

Testblut (BG, AKS, DAT)

DAT (direkter Antihumanglobulintest)

**Spezialuntersuchungen**

**1** EDTA-Blut

Isoagglutinin-Titer (IgG und IgM)

Kälteagglutinine

+ **1** EDTA-Blut

sofort im 37°C warmen Wasser od. Wärmeblock ins Labor bringen!

VP major/minor

Antikörper-Titer b. Schwangeren (inkl. D-Prophylaxe)

nur BG (für HLA-Typisierung und Gerinnung)

für Spezialuntersuchungen extern

+ **1** Nativblut

**Notfall**

Labornummer

**Blutprodukte-Bestellung**

\_\_\_\_\_ Erythrozytenkonzentrat (EK) / Split

Bestrahlen

\_\_\_\_\_ Frisch gefrorenes Plasma (FGP)

\_\_\_\_\_ Thrombozytenkonzentrat (TK)

\_\_\_\_\_ Thrombozytenkonzentrat HLA-typisiert  
(Vorbestellung mind. 3-4 Tage vor Transfusion)

\_\_\_\_\_ Erythrozytenkonzentrat gewaschen, bestrahlt  
(intrauterine Gabe; (Vorbestellung mind. 3-4 Tage vor Transfusion)

\_\_\_\_\_ Eigenblut

Abteilung / OP: \_\_\_\_\_

Transfusion Datum/Zeit: \_\_\_\_\_

Plasmaaustausch

Austauschtransfusion: