

**ZTB | Zentrum für Transfusionsmedizin
und Zelltherapie Berlin gGmbH**
Campus Charité Mitte
Charitéplatz 1
10117 Berlin
Tel. 030 450 525 123 | Fax 030 450 525 909
Rohrpostanschluss 1106
Campus Virchow-Klinikum
Augustenburger Platz 1
13353 Berlin
Tel. 030 450 553188 | Fax 030 450 553 988
Telelift 0-10-900; Rohrpost 41



Zentrum für **Transfusionsmedizin**
und **Zelltherapie** Berlin

Ein Gemeinschaftsunternehmen der
Charité – Universitätsmedizin Berlin und
des DRK-Blutspendedienstes Nord-Ost

Ärztlicher Zentrumsdirektor
Prof. Dr. med. Axel Pruß
Mail: axel.pruss@charite.de

Ärztliche Verordnung von Thrombozytenkonzentraten (Rezept)

Patient

Aufkleber mit lesbarem Barcode*
Name
Geburtsdatum
Nummer
Geschlecht
Anschrift
Kostenträger

Einsender

Aufkleber*

Kostenstelle / Barcode

Telefonnummer

Diagnose*:

Blutgruppe*: AB0/ Rh **Bekannte Alloantikörper *:**

Spenderblutgruppe bei hämatopoetisch allogenen transplantierten Patienten:

Proben-Abnahmedatum: Zeit:

Bitte liefern Sie:

Notfall **Telefonische Anmeldung: CVK: 553 198 bzw. CCM: 525 256**

Dringend (innerhalb von 2- 4 Stunden)

zum: Lieferung an:

Anzahl

..... Thrombozytapheresekonzentrat(e) aktuelle Thrombozytenzahl:

Indikation für Apherese-TK vorhanden* Bestrahlt (30 Gy) HLA-selektiert**
 Portioniert in 2 Babybeutel CMV-Antikörper negativ

* gemäß Indikationsliste (Anlage M, QM-Handbuch zur Hämotherapie, Version 2016)

** 10 ml Nativblut und 30 ml EDTA-Blut erforderlich (Test auf HLA-Klasse-I- und thrombozytäre Ak)

Besonderes:

.....
Datum*

.....
Name u. Unterschrift¹
der abnehmenden Person

.....
Vor- und Zuname u. Unterschrift²
des anfordernden Arztes

* unbedingt erforderliche Angaben, Blutproben können nur bei vollständigen Angaben untersucht werden!

^{1/2} Die Verordnung von Blutkomponenten ist eine **ärztliche Tätigkeit** und die Identität der Blutprobe wird bestätigt.