**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 allogen 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. Unterschrift[1] der abnehmenden Person | Vor- und Zuname u. Unterschrift[2] 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 wir bestätigt.

Stand: 4/2016