

MELDUNG

Bestrahlung von Blutprodukten

Bitte per Fax an das zuständige Depot

CBF
8445-2632

CCM
450-525909

CVK
450-553988

Sofort an den zuständigen Depotdienst weiterleiten!

Folgende Patientin/folgender Patient

Patientenetikett

Behandlungseinheit
Telefon
Fax

Institut für Transfusionsmedizin

Direktor (komm.): Univ.-Prof. Dr. A. Salama

Email: abdulgabar.salama@charite.de
<http://trans.charite.de>

Immunhämatologie/Depot
Campus Benjamin Franklin
Tel.: +49 30 8445 2633
Fax: +49 30 8445 2632

Campus Charité Mitte
Tel.: +49 30 450 52 5123
Fax: +49 30 450 52 5909

Campus Virchow-Klinikum
Tel.: +49 30 450 55 3188
Fax: +49 30 450 55 3988

Diagnose: _____

muss ab dem TT.MM.JJJJ ausschließlich mit bestrahlten Blutprodukten
(Erythrozytenkonzentrate/Thrombozytenkonzentrate) versorgt werden.

Angaben bei allogenen Stammzelltransplantationen

- a.) Blutgruppe des Transplantates: AB0 Rhesusfaktor Rhesusformel
- b.) Geplantes Transplantationsdatum: TT.MM.JJJJ
- c.) zwingende Versorgung mit CMV-Antikörper negativen Blutprodukten:
 ja nein

Behandelnde Ärztin/behandelnder Arzt: Datum/Name, Vorname/Unterschrift

Hiermit wird bestätigt, dass die obigen Angaben im EDV-System hinterlegt wurden:

Diensthabende Depotärztin/diensthabender Depotarzt: Datum/Name, Vorname/Unterschrift