



Die Originalbelege für den Campus Charité Mitte und Campus Virchow Klinikum sind im Intranet abrufbar unter:
http://trans.charite.de/service/charite_angebot_fuer_interne_und_externer_anwender/unterlagen_fuer_den_anwender/

C2.2 Anforderungsbeleg (Laboranforderung) Campus Charité Mitte und Campus Virchow Klinikum

ZTB Zentrum für Transfusionsmedizin und Zelltherapie Berlin gGmbH Ärztlicher Zentrumsdirektor: Prof. Dr. med. Axel Pruß		 Zentrum für Transfusionsmedizin und Zelltherapie Berlin Ein Gemeinschaftsunternehmen der Charité – Universitätsmedizin Berlin und des DRK-Blutspendedienstes Nord-Ost	
Campus Virchow-Klinikum CVK Augustenburger Platz 1 13353 Berlin Tel. 030 450 553 188 Fax 030 450 553 988	Campus Charité Mitte CCM Charitéplatz 1 10117 Berlin Tel. 030 450 525 123 Fax 030 450 525 909	Campus Benjamin Franklin CBF Hindenburgdamm 30 12203 Berlin Tel. 030 8445 2633 Fax 030 8445 2632	
Anforderung transfusionsmedizinische Diagnostik			
Bei Einsendungen aus KV-Niederlassung: Bitte „Ü-Schein für Laboratoriumsuntersuchungen als Auftragsleistung“ beifügen			
Patientendaten Aufkleber mit lesbarem Barcode* Name Geburtsdatum Nummer Geschlecht		Einsender Aufkleber* Kostenstelle / Barcode Telefonnummer	
Diagnose*: <input type="checkbox"/> Sichelzellerkrankheit <input type="checkbox"/> Thalassämie EK-Transfusionen: <input type="checkbox"/> in den letzten 4 Monaten <input type="checkbox"/> länger als 4 Monate zurückliegend <input type="checkbox"/> keine Abnahmedatum: Zeit: Schwangerschaften: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Bitte führen Sie folgende Untersuchung(en) durch:			
Allgemeine Immunhämatologie Tel. CCM: 450 525 123; CVK: 450 553038; CBF: 8445 2633 <input type="checkbox"/> Blutgruppenbestimmung (mit Antikörpersuche) <i>(6 ml + 2 ml EDTA-Blut)</i> <input type="checkbox"/> Isoagglutininiter <i>(10 ml Nativblut)</i> <input type="checkbox"/> direkter bzw. indirekter Antiglobulintest/Coombstest; Antikörperdifferenzierung <i>(10 ml EDTA- + 10 ml Nativblut)</i>		Thrombozyten-/Granulozytendiagnostik CBF Tel. 450 553 238 <input type="checkbox"/> Thrombozytenfunktionsdiagnostik*) <i>nur nach tel. Voranmeldung!</i> <input type="checkbox"/> Antikörper gegen Thrombozyten <i>(10 ml Serummonovette + 3 x 10 ml EDTA-Blut)</i> <input type="checkbox"/> Medikamentenabhängige Antikörper (Thrombozyten) <i>(2 x 10 ml Serummonovette + 3 x 10 ml EDTA-Blut)</i> <input type="checkbox"/> Antikörper gegen Granulozyten <i>(2 x 10 ml Serummonovette + 10 ml EDTA-Blut)</i> <input type="checkbox"/> HIT-II Diagnostik <i>(10 ml Serummonovette)</i> <input type="checkbox"/> Thrombozytenantigene (HPA) <i>(10 ml Citratblut)</i> <input type="checkbox"/> Granulozytenantigene (HNA) <i>(10 ml Citratblut)</i>	
Spezielle Immunhämatologie / Referenzlabor CVK Tel. 450 553 088 <input type="checkbox"/> Kälteagglutinine <i>(6 ml EDTA- + 10 ml Nativblut; warm transportieren)</i> <input type="checkbox"/> Donath-Landsteiner Test <i>(6 ml EDTA- + 10 ml Nativblut, warm transportieren)</i> <input type="checkbox"/> Medikamentenabhängige Antikörper (Erythrozyten) <i>(10 ml EDTA-Blut)</i> <input type="checkbox"/> PNH-Diagnostik (HAM-Test, CD55 und CD59) <i>(6 ml EDTA-Blut)</i> <input type="checkbox"/> Antikörper gegen IgA <i>(6 ml EDTA-Blut)</i> <input type="checkbox"/> Abklärung einer Immunhämolyse <i>(6 ml EDTA- + 10 ml Nativblut)</i> <input type="checkbox"/> Abklärung eines Morbus hämolyticus neonatorum <i>(3 ml EDTA-Blut)</i> <input type="checkbox"/> Abklärung unklarer Blutgruppen <i>(6 ml EDTA-Blut)</i> <input type="checkbox"/> molekulargenetische Blutgruppenbestimmung (ABO, RHD, RHCE, Kell, Kidd, Duffy, MNS) <i>(6 ml EDTA-Blut)</i> <input type="checkbox"/> pränatale Bestimmung des fetalen Rhesusfaktors <i>(10 ml EDTA-Blut, nur nach vorheriger Rücksprache)</i>		Molekulargenetische HLA-Diagnostik CVK* Tel. 450 653 138 / 450 553 089 <input type="checkbox"/> HLA-Typisierung Klasse I <i>(10 ml Citratblut/EDTA)</i> ¹ <input type="checkbox"/> HLA-Typisierung Klasse II <i>(10 ml Citratblut/EDTA)</i> ¹ <input type="checkbox"/> HLA-Einzelantigenbestimmung (z. B. HLA-B*27, HLA-DRB1*-Allele, HLA-B*57:01) <i>(10 ml Citratblut/EDTA)</i> ¹ Serologische HLA-Diagnostik CVK Tel. 450 653 108 / Fax: 450 553 018 <input type="checkbox"/> Serologische HLA-Typisierung Klasse I <i>(10 ml Citratblut)</i> <input type="checkbox"/> HLA-Antikörpersuche <i>(10 ml Nativblut)</i> <input type="checkbox"/> Crossmatch <i>(10 ml Nativblut vom Patienten+LK, Milz oder 10 ml Citratblut vom Spender)</i> *für KMT, Organ-TX, Transfusion bitte Anlagen verwenden	
Besonderes:			
Datum	Name u. Unterschrift* der abnehmenden Person	Name, Stempel u. Unterschrift* des anfordernden Arztes	
<small>*unbedingt erforderliche Angaben, Blutproben können nur bei vollständigen Angaben untersucht werden! ¹Ausnahme: Babys; ²Angabe der Genorte und der Auflösung unter Besonderheiten; ³Umfang der zur Zeit bestimmbarer Parameter nach Rücksprache</small>			

C2.3.2

<p>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</p>	 <p>Zentrum für Transfusionsmedizin und Zelltherapie Berlin</p> <p><small>Ein Gemeinschaftsunternehmen der Charité – Universitätsmedizin Berlin und des DRK-Blutspendendienstes Nord-Ost</small></p> <p>Ärztlicher Zentrumsdirektor Prof. Dr. med. Axel Pruß Mail: axel.pruss@charite.de</p>	
Ärztliche Verordnung von Gefrorenem Frischplasma (Rezept)		
<p>Patient</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; min-height: 60px;"> <p style="text-align: center;">Aufkleber mit lesbarem Barcode*</p> <p>Name Geburtsdatum Nummer Geschlecht Anschrift Kostenträger</p> </div>	<p>Einsender</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; min-height: 60px;"> <p style="text-align: center;">Aufkleber*</p> <p>Kostenstelle / Barcode Telefonnummer</p> </div>	
<p>Diagnose*:</p> <p>Blutgruppe*: AB0/ Rh Bekannte Alloantikörper *:</p> <p>Spenderblutgruppe bei hämatopoetisch allogenen transplantierten Patienten:</p> <p>Proben-Abnahmedatum: Zeit:</p>		
<p>Bitte liefern Sie:</p> <p><input type="checkbox"/> Notfall Telefonische Anmeldung: CVK: 553 198 bzw. CCM: 525 256</p> <p><input type="checkbox"/> Dringend (innerhalb von 2- 4 Stunden)</p> <p><input type="checkbox"/> zum: Lieferung an:</p>		
<p>Anzahl</p> <p>..... Frischplasma, gefroren</p>		
<p>Besonderes:</p>		
<p>..... Datum*</p>	<p>..... Name u. Unterschrift¹ der abnehmenden Person</p>	<p>..... Vor- und Zuname u. Unterschrift² des anfordernden Arztes</p>
<p><small>* unbedingt erforderliche Angaben, Blutproben können nur bei vollständigen Angaben untersucht werden! ^{1,2} Die Identität der Blutprobe wird bestätigt. Die Verordnung von Blutkomponenten ist eine ärztliche Tätigkeit.</small></p>		<p><small>Stand: 1/2016</small></p>

C2.3.3



Ärztlicher Zentrumsdirektor: Prof. Dr. Axel Pruß

CAMPUS CHARITÉ MITTE
Charitéplatz 1 • 10117 Berlin
Tel. 450-626123 • Fax 450-525909
Rohrpostanschluss 1106

CAMPUS VIRCHOW-KLINIKUM
Augustenburger Platz 1 • 13353 Berlin
Tel. 450-663188 • Fax 450-553988
Telelift 0-10-900

Ärztliche Verordnung von Thrombozytenkonzentraten

Aufkleber vom Patienten¹⁾ Name mit lesbarem Barcode	Geburtsdatum Nummer Geschlecht Anschrift Kostenträger
--	---

Aufkleber vom Einsender ²⁾ Barcode Telefonnummer

Diagnose*: _____

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

Spenderblutgruppe bei hämatopoetisch allogenen transplantierten Patienten: _____

Proben-Abnahmedatum: _____ Zeit: _____

Bitte liefern Sie:

Notfall Telefonische Anmeldung: 553198 – CVK bzw. 525256 – CCM

Dringend (innerhalb von 2- 4 Stunden)

O zum: _____ Lieferung an: _____

Anzahl

____ Thrombozytenkonzentrat(e) aktuelle Thrombozytenzahl: _____

<input type="checkbox"/> Indikation für Apherese-TK vorhanden*	<input type="checkbox"/> Bestrahlt (30 Gy)	<input type="checkbox"/> HLA-selektiert (TK)**
<input type="checkbox"/> Portioniert in 2 Babybeutel	<input type="checkbox"/> 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 _____ Name 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.

Stand: 10/2015

