



ANALYSENAUFTRAG

IMMUNOHAEMATOLOGIE

BESTELLUNG VON BLUTPRODUKTEN

Arzt / Abteilung



Zentralinstitut (ZIWS) - Institut Central (ICHV) - Avenue du Gd. Champsec 86 - CP 800 - 1951 SITTEN - T: +41 (0)27 603 4700 - F: +41 (0)27 603 4801 - LABORATORIEN : Brig, Visp, Siders, Sitten, Martignach, Chablais - www.spitalvs.ch/de

NLAB

Rechnung an: Patient Einsender Andere:

Datum und Zeit der Probenentnahme Probenentnahme im Labor

Tag	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	NOTFALL <input type="checkbox"/>		
	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30		31	
Monat	Jan	Feb	März	Apr	Mai	Jun	Jul	Aug	Sept	Okt	Nov	Dez						
Stunde	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11						
	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23						
Minute	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55							

PATIENT Name:

Vorname:

Adresse:

PLZ / Ort:

Geburtsdatum:

Geschlecht: M F

Kopie / Klinische Angaben / Andere Analysen:

Monovette® EDTA

IMMUNOHAEMATOLOGIE

Blutgruppenkarte oder eine Kopie beilegen

- Blutgruppe (BG)
- Reserveröhrchen für Nachbestellung
(Gültigkeit 96 Stunden)
- Type & Screen (BG und Antikörpersuchtest – AKST)
(Gültigkeit 96 Stunden)
- Coombs direkt
- Kälteagglutinine (37°C)

ÜBERWACHUNG WÄHREND DER SCHWANGERSCHAFT:

- Antikörpersuchtest (AKST)
Schwangerschaftswoche:
- Angabe des Zeitpunktes der Anti-D-Prophylaxe:

BESTELLUNG VON BLUTPRODUKTEN

- Erythrozytenkonzentrat 1 2 3 4 5 6
- Gefrorenes Frischplasma (FFP) 1 2 3 4 5 6
- Thrombozytopenese 1 2
- Erythrozytenkonzentrat für Neugeborene (< 3 Monate)
Wichtig, auch Blut der Mutter entnehmen (7,5 mL EDTA) 1
- Nicht getestetes Erythrozytenkonzentrat 1 2 3 4 5 6
Der unterzeichnende Arzt wünscht notfallmässig Erythrozytenkonzentrate ohne vorgängige Kompatibilitätsprüfung. Mit seiner Unterschrift entbindet der Arzt das Laboratorium von jeglicher Verantwortung. Das Laboratorium führt die Verträglichkeitsprüfung nach der Lieferung des Blutes durch.

Besonderheit des Produkts: Bestrahlt CMV negativ

TRANSFUSIONSDATUM

Sofort

Vorgesehenes Transfusionsdatum:

Tag	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Monat	Jan	Feb	März	Apr	Mai	Jun	Jul	Aug	Sept	Okt	Nov	Dez				
Stunde	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11				
	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23				

OBLIGATORISCH:

Für die Genauigkeit der Identität des Patienten (Name, Vorname, Geburtsdatum) übernimmt die folgende Person die Verantwortung:

Name/Vorname:

Unterschrift:

OBLIGATORISCH für jede Bestellung:

Namen/Telefonnummer des Arztes:

Telefonnummer:

Nicht getestetes Erythrozytenkonzentrat

Unterschrift:

Telefonnummer:

Entnahmematerial

- 6 Monovette® EDTA KE, 2,7 mL
- 7 Monovette® EDTA KE, 7,5 mL

! Sonderbedingungen:
Das Vademecum auf unserer Website konsultieren