



| | |
|--|--------------------------|
| Diagnose notwendig | |
| Hospitalisiert | <input type="checkbox"/> |
| Ambulant | <input type="checkbox"/> |
| Name des verordnenden Arztes | |
| Datum der Blutentnahme | |
| Name und Vorname der Person, die die Blutentnahme durchgeführt hat. | |
| Für Aufträge ausserhalb des Spitals in Freiburg : Institution und Abteilung | |
| Telefon / Mail | |

Name, Vorname, Geburtsdatum, vollständige Adresse des Patienten oder PID/FID

Allgemeines betreffend Entnahme und Empfehlung an den verordnenden Arzt

Name, Vorname und Geburtsdatum müssen auf jedem Röhrchen vorhanden sein. Die Analysen werden nicht durchgeführt bei nicht oder fehlerhaft beschrifteten Proben. Für Fragen rund um die Wahl der Analysen, die Nutzung der Leistungen, Indikatoren und die klinischen Einschränkungen sowie auch die empfohlenen Intervalle für Analysen sind Sie gebeten, sich an **Dr. E. Levrat** zu wenden.

Blutung mit Lebensgefahr -> unverzüglich das Transfusionslabor anrufen unter der Nummer 62890

ärztliche Verordnung -> Bestellung Blutprodukte

| | | |
|------------------------------|--|--|
| Transfusions-Anamnese | Ist die Patientin schwanger ? | <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA -> Schwangerschaftswoche : |
| | Prophylaxe anti-D ? | <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA -> Injektionsdatum : |
| | Anti-CD38 (Daratumumab / Isatuximab) ? | <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA -> seit dem : |
| | Patient knochenmarktransplantiert ? | <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA -> Transplantationsdatum : |
| | Bedarf an bestrahltem EK ? | <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA -> Grund : |

| Standard tagsüber | Notfall innert einer Stunde | Art des Blutproduktes | Anzahl | Die Bestellung muss bereit sein |
|--------------------------|-----------------------------|---------------------------------------|--------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Erythrozytenkonzentrat | | Zuständiger Dienst |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Bestrahlte Erythrozytenkonzentrate ** | | Datum |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Gefrorenes Frischplasma | | Zeit |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Thrombozytenkonzentrat | | |

Stempel/Unterschrift des verordnenden Arztes obligatorisch

** Indikation : Hodgkin. Purinanaloge Behandlung (Fludarabin, Cladribin, Clofarabin, Nelarabin, Bendamustin...), Serum Anti-Lymphozyten (SAL), Alemtuzumab. Nach Allotransplantation von hämatopoietischen Stammzellen (HSZT). 10 Tage vor Gewinnung der autologen HSZ, 6 Monate nach Autotransplantation von HSZ. Angeborene Immunschwäche, die die T-Zell-Immunität beeinträchtigt. Neugeborene bis 6 Monate.

Zu beachten : für das HCF werden die bestellten Blutprodukte von B-FR nacheinander geliefert, ausser bei gegenteiliger Mitteilung des verordnenden Arztes (in diesem Fall bitte das Labor von B-FR unter der Nummer 62890 kontaktieren).

Blutbestellung und Auftrag zu immunhämatologischen Analysen

Diesem Auftrag sind 10 ml Nativblut ohne Agar und 3 ml EDTA-Blut hinzuzufügen

| | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Blutgruppe | <input type="checkbox"/> Nachweis unregelmässige Antikörper |
| Kontrolle ABO/D | Nachweis Anti-Erythrozyten-Antikörper |
| Blutgruppe ABO und Rh (inbegriffen schwaches D) | Identifizierung Anti-Erythrozyten-Antikörper |
| Bestimmung Antigen Erythro A1/A2/A1B/A2B | Identifizierung Erythrozyten-AK durch zus. Susp. |
| Phänotyp Rhesus und Kell | Identifizierung Erythrozyten-AK, ab 3 AK |
| <input type="checkbox"/> Phäno erweitert (k MNS Jka/b Fya/b Lua Kpa) | Nachweis u. Identifizierung durch Elution fix. AK |
| <input type="checkbox"/> Nabelschnurblut : Blutgruppe und Coombs direkt | Titration Anti-Erythrozyten-Antikörper (nach AK) |
| <input type="checkbox"/> Coombstest direkt | Auto-Adsorption # |
| Coombstest polyspezifisch | <input type="checkbox"/> Nachweis und Titration Kälteagglutinine |
| Coombstest monospezifisch Anti-IgG | Nachweis Kälteagglutinine |
| Coombstest monospezifisch Anti-C3d | Titration Kälteagglutinine (nach Titer) |
| Coombstest monospezifisch Anti-IgA | |
| Titration Coombs polyspezifisch | Andere |
| Titration Coombs Anti-IgG | <input type="checkbox"/> Test Donath-Landsteiner : Vor Blutentnahme 62890 anrufen à |
| Titration Coombs Anti-C3d | <input type="checkbox"/> Anti-IgA-Antikörper (Transfusionsreaktion / angeborener Mangel IgA) à |
| Titration Coombs Anti-IgA | <input type="checkbox"/> Bestimmung fötales RHD aus Mutterplasma (ab 18. Schwangerschaftswoche, 9ml Blut EDTA, vor 16h im Labor B-FR) à |
| Bestimmung Untergruppen IgG 1 | |
| Bestimmung Untergruppen IgG 3 | |

Dieser Bereich ist dem Labor von B-FR vorbehalten

N° de prélèvement Sceau/ Visa Remarques



Urgence Non Oui

Date _____

Entre 19h00 et 7h00
 Dimanche et jours férié



| | |
|---|--------------------------|
| Diagnose notwendig | |
| Hospitalisiert | <input type="checkbox"/> |
| Ambulant | <input type="checkbox"/> |
| Name des verordnenden Arztes | |
| Datum der Blutentnahme | |
| Name und Vorname der Person, die die Blutentnahme durchgeführt hat. | |
| Für Aufträge ausserhalb des Spitals in Freiburg : | |
| Institution und Abteilung | |
| Telefon / Mail | |

Name, Vorname, Geburtsdatum, vollständige Adresse des Patienten oder PID/FID

Allgemeines betreffend Entnahme und Empfehlung an den verordnenden Arzt

Name, Vorname und Geburtsdatum müssen auf jedem Röhrchen vorhanden sein. Die Analysen werden nicht durchgeführt bei nicht oder fehlerhaft beschrifteten Proben. Für Fragen rund um die Wahl der Analysen, die Nutzung der Leistungen, Indikatoren und die klinischen Einschränkungen sowie auch die empfohlenen Intervalle für Analysen sind Sie gebeten, sich an **Prof. Ch. Chuard** zu wenden.

Analysen der Infektionsmarker

1 Nativblutröhrchen mit Agar oder 10 ml EDTA-Blut mit Agar für 2 Serologien erforderlich

X Bitte gewünschte Analyse ankreuzen

| | | |
|----------------------------------|--|---------|
| <input type="checkbox"/> | HEPATITIS A komplette Serologie (Anti HVA IgG + Anti-HVA IgM) | |
| <u>Einzeltests Hepatitis A :</u> | | |
| <input type="checkbox"/> | Anti-HVA IgG-Antikörper | 3049.00 |
| <input type="checkbox"/> | Anti-HVA IgM-Antikörper | 3051.00 |

| | | |
|----------------------------------|---|---------|
| <input type="checkbox"/> | HEPATITIS B komplette Serologie (Ag HBs, anti-HBs, anti-HBc IgG, anti-HBc IgM, anti-HBe) | |
| <u>Einzeltests Hepatitis B :</u> | | |
| <input type="checkbox"/> | Antigen HBs | 3065.00 |
| <input type="checkbox"/> | Antigen HBs Bestätigungstest durch Neutralisation | 3064.00 |
| <input type="checkbox"/> | Antigen HBe | 3058.00 |
| <input type="checkbox"/> | Anti-HBs-Antikörper quantitativ (Impfkontrolle) | 3057.00 |
| <input type="checkbox"/> | Anti-HBc IgG-Antikörper | 3053.00 |
| <input type="checkbox"/> | Anti-HBc IgM-Antikörper | 3055.00 |
| <input type="checkbox"/> | Anti-Hbe-Antikörper | 3066.00 |


| | | |
|--------------------------|---------------------------------|-----------|
| HEPATITIS C | | |
| <input type="checkbox"/> | Anti-HVC-Antikörper-Bestimmung | 3068.00 |
| <input type="checkbox"/> | Bestätigung Anti-HVC-Antikörper | à 3070.00 |

| | | |
|--------------------------|--|-----------|
| HIV | | |
| <input type="checkbox"/> | Anti HIV-1 / HIV-2-Antikörper-Bestimmung und Antigen p24 HIV-1 | 3094.00 |
| <input type="checkbox"/> | Antigen HIV-1 p24-Bestimmung | à 3096.00 |
| <input type="checkbox"/> | Bestätigung Anti-HIV 1 + 2 Western Bloth oder Immunoblot | à 3095.00 |

Kopie der Resultate ist zu schicken an : (Name, Vorname und vollständige Adresse des Arztes)

à : identifiziert auswärtige Analysen
: identifiziert nicht akkreditierte Analysen

Laborleistungen : Dieses Analysenanfrageformular ist auf unserer Internetseite www.blutspende-fr.ch unter dem Raster « Laborleistungen » einsehbar, wo sich weitere Informationen zum Analysenmaterial, der auswärtigen Vergabe und der Repräsentativität der Probeentnahmen befinden, und ist mit den allgemeinen Geschäftsbedingungen unter dem Raster « über uns » verknüpft.

| | | | | |
|--|-------------|-----------|---|--|
| Dieser Bereich ist dem Labor von B-FR vorbehalten | | | Urgence Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> | |
| N° de prélèvement | Sceau/ Visa | Remarques | Date _____ | |
|  | | | <input type="checkbox"/> Entre 19h00 et 7h00 | |
| | | | <input type="checkbox"/> Dimanche et jours férié | |