



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

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	

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 Allogtransplantation 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-IgA	Titration Kälteagglutinine (nach Titer)
Coombstest monospezifisch Anti-IgM	
Coombstest monospezifisch Anti-C3c	Andere
Coombstest monospezifisch Anti-C3d	<input type="checkbox"/> Test Donath-Landsteiner : Vor Blutentnahme 62890 anrufen à
Coombstest monospezifisch Anti-C4	<input type="checkbox"/> Anti-IgA-Antikörper (Transfusionsreaktion / angeborener Mangel IgA) à
Titration Coombs Anti-IgG	<input type="checkbox"/> Bestimmung fötales RHD aus Mutterplasma (ab 18. Schwangerschaftswoche, 9ml Blut EDTA, vor 16h im Labor B-FR) à

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 6 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

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
<input type="checkbox"/>	Bestätigung Anti-HIV 1 + 2 Western Bloth oder Immunoblot	à

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	