

F-REA-035-011

Verordnung therapeutischer Aderlass

Version :001

Entrée en vigueur le 01.01.2025

**Blutspende SRK Freiburg
Ch. des Pensionnats 2-6, 1708 Freiburg**

Tel. Pflegefachperson: 026 306 28 70 Mail: dondesang@transfusion-fr.ch

Information für den Arzt

Der überweisende Arzt bestätigt mit seiner Unterschrift, den Gesundheitszustand seines Patienten kontrolliert und ihn über den Ablauf des Aderlasses informiert zu haben. Im Weiteren bestätigt der Arzt, dass beim Patienten keine Kontraindikationen bestehen. Im Notfall (v.a. Polyglobulie), wenn der Nutzen das Risiko überwiegt, kann trotz Kontraindikation eine Ausnahme gemacht werden. In diesem Fall bitten wir Sie, den zuständigen Arzt von Blutspende SRK Freiburg (B-FR) Tel. 026 306 28 55 zu kontaktieren.

Kontraindikationen Aderlass

Alter > 80 Jahre	Valvulopathie, Herzinsuffizienz, Herzrhythmusstörungen, Aneurysma
Diabetes mellitus dekompensiert	Herz-Kreislaufkrankungen (Angina pectoris, Herzinfarkt) < 2 Jahre
Instabile Epilepsie (> 1 Krise/ Jahr)	Zerebrale Durchblutungsstörung, isch. od. hämorr. Hirninfarkt < 2 Jahre
Blutdruck > 180/100 mmHg, < 100/50 mmHg	Schwere chronische (restriktiv oder obstruktiv) Lungenerkrankung
Anämie F < 125 g/l, M < 135 g/l	Systemische Infektion, Fieber

- Um eine eindeutige Identifikation der Patientin, des Patienten in unserem elektronischen System erstellen zu können, bitten wir Sie, die Angaben vollständig und gemäss eines ID-Ausweises auszufüllen. Wir können unvollständig oder nicht korrekt ausgefüllte Formulare nicht verarbeiten, sie werden zurückgeschickt.
- Bitte das Formular per Post oder per Mail an B-FR senden. **Ihr(e) Patient(in) wird von B-FR aufgebeten.**
- Die Entnahmen werden in der Regel dienstags und donnerstags in den Räumlichkeiten von B-FR durchgeführt.

Administrative Daten : Bitte leserlich und in Blockschrift ausfüllen *= obligatorische Angaben

				Visa T-FR
Geburtsname*		Strasse*		
Familienname*		PLZ Ort*		
Vorname*		Tel.Privat*		
Geb.datum*/ Geschlecht*	<input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> M	Tel.Arbeit		
Sprache*	<input type="checkbox"/> Deutsch <input type="checkbox"/> Französisch		Mail	

Indikation :

- Hereditäre Hämochromatose (i.A. Mutationen des HFE-Gens: C282Y/C282Y oder C282Y/H63D)
- Hyperferritinämie in Begleitung einer bedeutenden Eisenüberladung von Organen (Nachweis mittels MRI oder Leberbiopsie)
- Primäre Polyglobulie (« Polycythaemia vera » oder « Vaquez-Osler-Krankheit »)
- Porphyria cutanea tarda (->anzustrebender Wert von max.50 µg/l Ferritin)
- Andere : _____

Die vorliegende **Verordnung** ist maximal 12 Monate gültig. Der überweisende Arzt informiert unverzüglich B-FR, falls eine Veränderung des Gesundheitszustandes des Patienten einen Aderlass nicht mehr erlaubt.

Einmaliger Aderlass Wenn es in den folgenden 12 Monaten zu gelegentlichen Blutungen kommt, wird ein einfaches Standardrezept akzeptiert (sofern nicht anders angegeben, dann beträgt das Blutungsvolumen 450 ml).

Behandlung Aderlass

➔ Bitte wenden Sie sich an den Arzt von B-FR (Tel 026 306 28 55), falls eine akute Behandlung angezeigt ist: **max. 1 Entnahme/24 Std., max. 3 Entnahmen/Woche.**

Häufigkeit der Aderlasse: _____ X pro(alle)_____Tag(e)/ _____Woche(n)/ _____Monat(e)/ _____Jahr(e)

Dauer der Behandlung (max. 12 Monate) Bis auf Weiteres (schriftliche Wiederholung der Verordnung 1x/Jahr falls geplant > 1 Jahr)

oder bis Erreichen des Zielwerts des Ferritins: _____ µg/l (min. 50 µg/l)

oder bis Erreichen des Zielwerts des Hämoglobins: _____ g/l (min. W 125 g/l, M 135 g/l)

Menge zu entnehmen (Standardvolumen 450 ml für Körpergewicht von mind. 50 kg) : _____ ml (200 – 500 ml)

Volumensubstitution mit NaCl 0.9% Ja Nein Standardvolumen Infusion 500 ml Andere Menge : _____ ml

Untersuchungen: Vor jedem Aderlass: Blutdruck, Puls, kapillare Hb-Messung. Zur Durchführung des Aderlasses sind Normalwerte erforderlich, siehe auch den Abschnitt « Kontraindikationen Aderlass ».

->Ohne gegenteilige Nachricht Ihrerseits werden bei der 1. Entnahme und bei jeder 3. Entnahme durch B-FR ein kleines Blutbild sowie ein Ferritin durchgeführt. Nach Erreichen eines Wertes von ≤ 350 µg/l Ferritin wird diese Analyse bei jeder Entnahme durchgeführt.

➔ Nach jeder Entnahme erhält der überweisende Arzt den Bericht mit den jeweiligen Resultaten.

Bemerkungen des überweisenden Arztes

Besondere Vorsichtsmassnahmen

Commentaire T-FR (leer lassen)

Datum, Name, Unterschrift des überweisenden Arztes

Stempel der Arztpraxis, Adresse und Telefonnummer

Auszufüllen von B-FR

Réception et contrôle de la prescription par T-FR, Date : _____ Visa, Sceau : _____

➔ Déposer la prescription dans le bureau de la Gestion donneurs, dans le bac « Prestations médicales »

Etabli par : Bochud Beaud Nathalie, Dorthe Nadja

Date : 12.07.2024

Approuvé par : Gobet Elisabeth Levrat Emmanuel

Date : 21.08.2024