

Anforderung zur Ausgabe von kryokonservierten Produkten

Patient				
Basisdaten	Name, Vorname		Geburtsdatum	
	Patient-ID		Behandelnde Klinik/ Station	
	Blutgruppe			
Spender (bei allogenem Produkt)				
Basisdaten	Name, Vorname		GRID / Spender-ID	
	Geburtsdatum			
Bitte Etikett einkleben				
Zellprodukt				
Anforderung	☐ Allogene Blutstammzellen, CHB, kryokons.		☐ Donorlymphozyten, CHB, kryokons.	☐ 1×10^6
	☐ Autologe Blutstammzellen, CHB, kryokons.			☐ 5×10^6
	CD34(+) Dosis			☐ 1×10^7
	Herstelldatum			☐ 5×10^7
	Konservennummer / SEC			☐ $\underline{\hspace{1cm}} \times 10^7$
	Bemerkungen			
Ansprechpartner und Terminplanung				
Arzt	Zentrum / Klinik / Station		Telefon	
	Name Stationsarzt		FAX (für Bestätigung)	
Termin	Geplantes Ausgabedatum		Besonderheiten zur Lieferung (ggf. Uhrzeit)	
	Zur Information: Geplantes TX-Datum			
„Hiermit fordere ich das genannte Zellprodukt zur Ausgabe an“		_____ Name in Druckbuchstaben	_____ Datum /Uhrzeit/	_____ Unterschrift

Bitte FAX zurück an: 0049-30-450-7-565 952

Die schriftliche Anforderung sollte vor Beginn der Konditionierungstherapie, **spätestens 3 Tage vor** geplanter Ausgabe erfolgen.

Der konkrete Ausgabetermin muss am Tag der Ausgabe mit der Koordinierungsstelle CSCF (Tel. 450-653 576) abgestimmt werden.

Bestätigung: Angefordertes kryokonserviertes Produkt vorhanden				
CSCF	Produkt(e) vorhanden (*)	☐ JA	☐ nein:	
	Mikrobiologische Kontrolle	☐	Kein Wachstum (kulturnegativ)	☐ Wachstum (kulturpositiv)
				☐ Antibiogramm beigefügt

(*) Bitte beachten Sie, dass wir die Unversehrtheit von Kryobeuteln aus Sicherheitsgründen nicht überprüfen können.

_____ Datum /Uhrzeit/

_____ Unterschrift

Per FAX an Stationsarzt (Anforderer)