



INTERREGIONALE BLUTSPENDE SRK
TRANSFUSION INTERREGIONALE CRS

Interregionale Blutspende SRK AG | Labordiagnostik
Postfach | 3001 Bern | Murtenstrasse 133 | 3008 Bern
Nationales Referenzlabor Blutspende SRK Schweiz für Immnhämatologie und Infektionsmarker
Laboradministration T +41 31 384 23 00 | labordiagnostik@itransfusion.ch | iblutspende.ch

*"Einsender" wird von IRB eingedruckt,
Bestellungen via Tel. an 031 384 23 00 oder
Mail an labordiagnostik@itransfusion.ch

Einsender: 12345678*

Muster-Labor*
PLZ Musterort*

Name des Patienten (bitte in Blockschrift) Vorname
Strasse, Nr. * Geburtsdatum Geschlecht M W
PLZ, Wohnort * E-Mail
Referenznummer Auftraggeber

Diagnose / Medikamente
Schwangerschafts-woche/Tage: Woche: /Tage:
Anti-D gespritzt? ja Datum: nein
Letzte Transfusion? Datum:

Entnahmedatum Letzte Auftragsnummer
Rechnung an: * Patient (ambulant) Auftraggeber

***Hinweis zur Rechnungsstellung**
Für Patientenrechnungen muss zwingend die vollständige und aktuelle Adresse des Patienten angegeben werden.
Sämtliche nachträglich gemeldeten Änderungen (sowohl Adressänderungen als auch Wechsel Rechnungsempfänger) verursachen Mehrkosten, welche Ihnen als Auftraggeber mit CHF 30.- pro Fall in Rechnung gestellt werden.

Untersuchungsmaterial EDTA-Blut Citrat-Blut / -Plasma Segment Plasmabeutel Vollblut
Nativblut EDTA-Plasma Erythrozytenkonzentrat Andere
Serum Heparinblut Thrombozytenkonzentrat

Die Ziffern in Klammern (1-9) beziehen sich auf die Entnahmevorschriften: Siehe Rückseite

Immnhämatologie
Blutgruppe und Rh-faktor (3)
Rh/K-Phänotypisierung (nur mit Blutgruppe) (3)
Erythrozyten-Alloantikörper (1, 2 oder 3)
Direkter Antiglobulintest und ggf. weiterführende Abklärungen (3)
Immun Anti-A resp. -B Titer (O-A/B Konst.) (1)
Blutgruppen-Antigenbestimmung:
Abklärung bei Verdacht auf AIHA (1 und 3)
Erythrozyten-Autoantikörper (3)
(Anti-IgG + Titer, C3d, IgM, IgA, ev. Elution)
Kälteagglutinintiter (6)
Donath-Landsteiner-Test (6)
Säure-Kälte Hämolyse (6)
Molekulare Diagnostik (PCR-SSP) (3)
ABO RHD Variante (Rhd Weak, Partial)
RHD-Zygotie Erweiterter Genotyp (SSP-PCR)
RHD, RHCE (RHD, RHCE, KEL, JK, FY, MNS, DO, LU, VEL)
RHCE Variante Weitere Blutgruppen:
Foetale RHD-Bestimmung aus mütterlichem Plasma (9)
→ zwingend mit Angabe SSW und Entnahmedatum

Thrombozytenimmunologie
Thrombozytenantikörper (1 oder 2 und 8) (7)
Thrombozytenkreuzprobe nach Absprache (1 oder 2 und 3) (7)
HPA-Typisierung, molekularbiologisch (3) (7)

Serologische Verträglichkeitsprüfung (1 und 3)
Blutbestellung:
Anzahl Erythrozytenkonzentrate:
Lieferdatum:
Lieferzeit: Uhr
Röhrchen **muss** mit Namen, Vornamen, Geburtsdatum und Entnahmedatum beschriftet werden.
Mit falsch oder nicht beschrifteten Röhrchen werden **keine** Verträglichkeitsprüfungen durchgeführt.
Bei Schwierigkeiten bitte Telefon 031 384 23 50 anrufen.

Qualitätskontrolle Blutprodukte
Restleukozyten Resterythrozyten pH-Bestimmung

Blutbild (3)
Blutbild (Leukozytenzahl, Erythrozytenzahl, Thrombozytenzahl, Hb, Hk)

Nur für internen Gebrauch
Ausgepackt / Eingangskontrolle:
Eingelesen:
Etikettiert:
Abpipettiert: 2. Erf:

Bemerkungen, Bestellungen

Dieses Feld leer lassen.
Nur für interne Zwecke.



Hepatitis - A

Serologische Nachweise (1, 2, 3, 4 oder 5)

- Hepatitis-A Antikörper IgG/IgM
- Hepatitis-A Antikörper IgM

Molekulare Nachweise (1, 2, 3, 4 oder 5)

- Hepatitis-A RNS PCR qualitativ
- Hepatitis-A RNS PCR quantitativ (Viruslast)

Hepatitis - B

- Hepatitis-B Serologie (HBsAg, Anti-HBs, Anti-HBc) (1, 2, 3, 4 oder 5)

Einzelne Hepatitis-Marker (1, 2, 3, 4 oder 5)

- HBs Antigen
- HBs Antigen, Bestätigung (Neutralisation)
- HBs Antikörper
- HBc Antikörper IgG/IgM
- HBc IgM Antikörper
- HBe Antigen
- HBe Antikörper
- Hepatitis-B Impftiter

Molekulare Nachweise (1, 2, 3, 4 oder 5)

- HBV-DNS PCR quantitativ (Viruslast)

Hepatitis - C

Serologische Nachweise (1, 2, 3, 4 oder 5)

- Hepatitis-C Antikörper Screening
- Hepatitis-C Bestätigung (Blot)

Molekulare Nachweise (1, 2, 3, 4 oder 5)

- HCV-RNS PCR quantitativ (Viruslast)

Hepatitis - D

Serologische Nachweise (1, 2, 3, 4 oder 5)

- Hepatitis-D Antikörper IgG (nach Rücksprache)

Molekulare Nachweise (1, 2, 3, 4 oder 5)

- HDV-RNS PCR quantitativ (Viruslast)

Hepatitis - E

Serologische Nachweise (1, 2, 3, 4 oder 5)

- Hepatitis-E Antikörper IgG
- Hepatitis-E Antikörper IgM

Molekulare Nachweise (1, 2, 3, 4 oder 5)

- HEV-RNS PCR qualitativ
- HEV-RNS PCR quantitativ (Viruslast)

Art der Labordienstleistung

- Labordienstleistungen im Bereich Humanmedizin
- Labordienstleistungen in anderen Bereichen (Doping, Transplantation usw.)

HIV

Serologische Nachweise (1, 2, 3, 4 oder 5)

- HIV-1/2 Antikörper/Antigen Screening
- HIV-1/2 Bestätigung (Blot)
- HIV-1/2 Ak/Ag Screening mit Angabe beider Resultate

Molekulare Nachweise (1, 2, 3, 4 oder 5)

- HIV-1-RNS PCR quantitativ (Viruslast)
- HIV-2-RNS PCR (nicht im akkreditierten Bereich)

HIV-Therapie Indikation

- HIV-1 PCR quantitativ (Viruslast), bei Bedarf (1, 2, 3, 4 oder 5)

Untersuchungsmaterial:

2-3 ml Serum/Plasma und 5-10 ml EDTA-Blut

Versand der Blutproben:

Montag bis Donnerstag **sofort nach der Blutentnahme**

Syphilis (Lues) (1, 2, 3, 4 oder 5)

- Syphilis (Lues), Antikörper IgG
- Syphilis (Lues) – Konfirmation, Antikörper IgG (Blot)

Andere Infektionsmarker

Serologische Nachweise (1, 2, 3, 4 oder 5)

- HTLV 1/-2 Antikörper IgG/IgM
- CMV IgG Antikörper
- CMV IgM Antikörper
- Plasmodium spp. Antikörper (Malaria) IgG/IgM
- Rubella IgG Antikörper
- Rubella IgM Antikörper
- Toxoplasmose IgG Antikörper
- Toxoplasmose IgM Antikörper
- Trypanosoma Cruzi Antikörper (Chagas)

Molekulare Nachweise

- Parvovirus B19 DNS PCR quantitativ (1, 2, 3, 4 oder 5)

Andere Analysen

-
-
-
-
-
-
-
-
-
-

Entnahmevorschriften

- | | | |
|------------------------------|--|---|
| 1 Nativblut | 6 Blut sofort bei 37°C gerinnen lassen, Serum noch warm in ein leeres Röhrchen überführen. Mindestens 5 ml Serum einsenden. | 8 Thrombozyten ≥ 100 G/l: 20ml EDTA-Blut
Thrombozyten < 100 G/l: 30ml EDTA-Blut |
| 2 Serum | | 9 EDTA-Blut mind. 9 ml oder Strecktube Cell-Free DNA BCT® 10ml |
| 3 EDTA-Blut | | |
| 4 EDTA-Plasma | 7 Versand sofort nach Entnahme: muss bis Freitag 08.00 Uhr im Labor sein. | |
| 5 Citrat-Blut, Citrat-Plasma | | |

Direkte Telefonnummern

- | | | |
|---|--|--|
| 031 3842333: 24 Stundendienst (Blutbestellungen) | 031 384 23 00 Laboradministration | 031 384 23 70 Infektionsmarker Referenzlabor |
| Pikettdienst Immunhämatologie | 031 384 23 50 Immunhämatologie Referenzlabor | 031 384 23 10 Molekulare Diagnostik |
| | 031 384 23 57 Qualitätskontrolllabor | 031 384 23 21 Thrombozytenimmunologie |