



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 | itransfusion.ch

# Untersuchungsauftrag für Patientenblutproben

Einsender:

12345678

Muster-Labor

PLZ Musterort

Name des Patienten (bitte in Blockschrift)

Vorname

Strasse, Nr.

Geburtsdatum

Geschlecht M W

PLZ, Wohnort \*

Referenznummer  
Auftraggeber

E-Mail

Diagnose / Medikamente

Entnahmedatum

Letzte Auftragsnummer

Rechnung an:\*

Patient (ambulant)

Auftraggeber

Schwangerschafts-  
woche/Tage:

Woche: /Tage:

Anti-D gespritzt?

ja

Datum:

nein

Letzte Transfusion?

Datum:

## \*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

- |                                    |  |   |  |                                   |
|------------------------------------|--|---|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> EDTA-Blut | <input type="checkbox"/> Citrat-Blut / -Plasma | <input type="checkbox"/> Segment                | <input type="checkbox"/> Plasmabeutel                | <input type="checkbox"/> Vollblut |
| <input type="checkbox"/> Nativblut | <input type="checkbox"/> EDTA-Plasma           | <input type="checkbox"/> Erythrozytenkonzentrat | <input type="checkbox"/> Andere.....                 |                                   |
| <input type="checkbox"/> Serum     | <input type="checkbox"/> Heparinblut           | <input type="checkbox"/> Thrombozytenkonzentrat | <input type="checkbox"/> Cell-Free DNA BCT® (STRECK) |                                   |

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 Blutgruppen-Diagnostik (PCR-SSP) (3)

- ABO
  - RHD-Zygotie
  - RHD, RHCE
  - RHCE Variante
  - RHD Variante (Rhd Weak, Partial)
  - Erweiterter Genotyp (SSP-PCR)  
(RHD, RHCE, KEL, JK, FY, MNS, DO, LU, VEL)
  - Weitere Blutgruppen: .....
  - Foetale RHD-Bestimmung aus mütterlichem Plasma (8)
- zwingend mit Angabe SSW und Entnahmedatum

## Qualitätskontrolle Blutprodukte

- Restleukozyten
- Resterythrozyten
- pH-Bestimmung

## Blutbild (3)

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

## HPA-Genotypisierung

- HPA-Typisierung, molekularbiologisch (3)

## 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.

### Nur für internen Gebrauch

Ausgepackt / Eingangskontrolle:

Eingelesen:

Etikettiert:

Abpipettiert:

2. Erf:

## Bemerkungen, Bestellungen

Nachbestellungen von Analysen oder Mutationen müssen schriftlich erfolgen an: labordiagnostik@itransfusion.ch

Dieses Feld leer lassen.  
Nur für interne Zwecke.



