LKH-Univ. Klinikum Graz
Univ. Klinik für Blutgruppenserologie und Transfusionsmedizin

FB	**Anmeldung zur autologen Stammzellen-Apherese**

Tel.: +43/316/385-31356 DaMe-Adresse: KAGES003

Krankenhaus/Abteilung:

Patient: Klinische Diagnose:

Geb.-Datum:

KG:_____kg Körpergröße:_____cm

☐ periphere Venen laut UBT geeignet ☐ Dialyse-ZVK notwendig

Klinisch-anamnestische Daten zum Patienten:

Internistische Apheresefreigabe des Patienten: ☐ ja

☐ nein

Allergien ☐ ja, welche: _____

☐ nein

Medikamente während der Apherese: ☐ ja: _____

☐ nein

Gewünschtes Stammzellprodukt:

□ unmanipuliert □ CD34+ Selektion □ Sonstiges:

Dosis: _____x10^6/kg CD34

□ single □ tandem □ triple

Mobilisierungsschema:

Chemotherapie: _____ ab: Studie: □ ja □ nein

Zytokine: G-CSF _____µg/kg ab:

Zur Durchführung der erforderlichen Laboruntersuchungen bitten wir um die Zusendung der ausgefüllten Anforderungsscheine der UBT mit den entsprechenden Blutproben:

- Laborbeleg Immunhämatologie (roter Schein): 6 ml EDTA-Blut (Blutgruppenserologie)
- Laborbeleg Infektionsdiagnostik (grüner Schein): 10 ml Nativblut (Infektionsserologie) und 8,5 ml EDTA-Blut mit Trenngel (Virus-Einzel-PCR; SAP Nr.: C736461)
- und des **aktuellen Arztbriefes**

Datum

Zuständiger Arzt:
(Druckbuchstaben + Unterschrift + Tel. Nr