

	Naam arts: <input type="text"/>	Tel: <input type="text"/>
	Artsencode: <input type="text"/>	
	Datum: <input type="text"/> - <input type="text"/>	Tijd: <input type="text"/> - <input type="text"/>
	Cito: <input type="text"/>	
	Afd: <input type="text"/>	specialismecode <input type="text"/>

**ABO1**

**Urgentie**

Datum en tijd planning transfusie  
\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 20 \_\_\_\_ : \_\_\_\_ uur

- Standaard aanvraag (1 dag vóór 16:00 uur aanvragen)
- Poliklinische transfusie
- OK
- Spoed (uitsluitend na telefonisch overleg)

**Centraal bloedtransfusielaboratorium:**

Balie bloeduitgifte tel. 33593; Spoed bloeduitgifte tel. 34590

**Erasmus MC Kanker Instituut, locatie Daniel den Hoed: tel. 41709**

Ma t/m vr 17:00 tot 23:30 uur en in het weekend van 8:00 tot 17:00 uur tel. \*\*3137  
Buiten deze tijden dienstdoend analist via telefoniste.

**Bloedtransfusiedienst**

Binnen kantoortijden: tel. 40327

Buiten kantoortijden: Dienstdoend klinisch chemicus via telefoniste.

**Patiëntgegevens/transfusieanamnese**

- |  |  |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Geen bijzonderheden bekend/Geen wijzigingen t.o.v. bekende gegevens</li> <li><input type="checkbox"/> Zwanger, ____ wkn</li> <li><input type="checkbox"/> Zwanger, datum anti-D profylaxe ____ / ____ / 20 ____</li> <li><input type="checkbox"/> Recent zwanger geweest (&lt; 3 mnd)</li> <li><input type="checkbox"/> Recent (elders) getransfundeerd (&lt; 3 mnd)</li> <li><input type="checkbox"/> Neonat prematuur geboren na zwangerschap &lt; 32 wk en/of gewicht &lt; 1500 gram tot 6 mnd à terme<sup>1</sup></li> <li><input type="checkbox"/> Ontvanger intra-uteriene transfusie &lt; 9 maanden geleden<sup>1</sup></li> <li><input type="checkbox"/> Auto-antistoffen tegen erythrocyten of trombocyten</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Bekend met Hb pathie</li> <li><input type="checkbox"/> Bekend met MDS</li> <li><input type="checkbox"/> Bekend met irregulaire antistoffen</li> <li><input type="checkbox"/> Orgaantransplantatie &lt; 3 mnd geleden. Datum ____ / ____ / 20 ____</li> <li><input type="checkbox"/> Allo-stamceltransplantatie kandidaat/getransplanteerd. Transplantatiedatum ____ / ____ / 20 ____</li> <li><input type="checkbox"/> Auto-stamceltransplantatie kandidaat/getransplanteerd. Transplantatiedatum ____ / ____ / 20 ____</li> <li><input type="checkbox"/> Hemolytische transfusiereactie. Datum ____ / ____ / 20 ____</li> <li><input type="checkbox"/> Anafylactische transfusiereactie. Datum ____ / ____ / 20 ____</li> </ul> |
|--|--|

**Bewerking/ specifieke eisen bloedproducten**

- Bestraald<sup>2</sup>
- Parvo B19-veilig<sup>2</sup>
- Gewassen<sup>2,3</sup>
- IgA-deficiënt<sup>3</sup>

**Erythrocytenconcentraat (standaard gefiltreerd)**

Indicatie:  Acute anemie  Chronische anemie  ECMO  OK

- |   |   |  |   |
|---|---|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Erythrocytenconcentraat (270 ml)</li> <li><input type="checkbox"/> Erythrocytenconcentraat gesplitst (60 ml)</li> </ul> | <p><b>Aantal</b></p> <input type="text"/><br><input type="text"/> | <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Erythrocytenconcentraat (1 donor)abonnement (4 gesplitste eenheden)</li> <li><input type="checkbox"/> Erythrocyten in citraatplasma (voor wisseltransfusie)<sup>3</sup></li> </ul> | <p><b>Aantal</b></p> <input type="text"/><br><input type="text"/> |
|---|---|--|---|

**Trombocytenconcentraat (standaard gefiltreerd)**

Indicatie:  Profylactisch, streefwaarde   $\geq 10 \times 10^9/L$    $\geq 20 \times 10^9/L$    $\geq 40 \times 10^9/L$    $\geq 50 \times 10^9/L$    $\geq 60 \times 10^9/L$    $\geq 100 \times 10^9/L$   
 Ingreep/bloeding bij trombopenie  
 Antistolling bij trombopenie

- |  |   |   |   |
|--|---|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Trombocytenconcentraat 5 donoren (310 ml)</li> <li><input type="checkbox"/> Trombocytenconcentraat 5 donoren gesplitst (150 ml)</li> </ul> | <p><b>Aantal</b></p> <input type="text"/><br><input type="text"/> | <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Aferese trombocyten 1 donor (40-70 ml)<sup>4</sup></li> <li><input type="checkbox"/> Aferese trombocyten abonnement<sup>4</sup></li> <li><input type="checkbox"/> Aferese trombocyten (HLA-gematcht)<sup>3</sup></li> </ul> | <p><b>Aantal</b></p> <input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/> |
|--|---|---|---|

**Plasma**

Indicatie:  Suppletie stollingsfactoren  Teniet doen effect fibrinolytica

- Omniplasma (200 ml)<sup>5</sup>
- Quarantaine plasma (75 ml)

*Ruimte voor handtekening<sup>5</sup>*

1) Bij neonaten tot 3 maanden bij 1e transfusie 'Moeder/kind formulier' invullen (4 ml EDTA en 6 ml stol) van moeder inleveren bij bloedtransfusielaboratorium (KIS).  
 2) Bij 1e aanvraag formulier 'Wijziging bloedproducten' invullen en inleveren bij bloedtransfusielaboratorium (KIS).  
 3) Alleen na overleg met bloedtransfusiedienst.  
 4) Alleen voor kinderen < 2 jaar.  
 5) Omniplasma valt onder de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening (WOG), waarvoor de handtekening van de voorschrijver verplicht is gesteld.