

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

Plak hier uw patiëntsticker, zo recht mogelijk s.v.p.

ASO2

Centraal bloedtransfusielaboratorium: tel. 33593

Erasmus MC Kanker Instituut, locatie Daniel den Hoed: tel. 41709
Buiten kantooruren tel. 40181.

Patiëntgegevens/transfusieanamnese

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Geen bijzonderheden <input type="checkbox"/> Geen wijzigingen t.o.v. historie <input type="checkbox"/> Klinische informatie onbekend <input type="checkbox"/> Zwanger, ____ wkn <input type="checkbox"/> Datum anti-D profylaxe ____ / ____ / 20 ____ <input type="checkbox"/> Recent zwanger geweest (<3mnd) <input type="checkbox"/> Recent (elders) getransfundeerd (<3mnd) <input type="checkbox"/> Neonaat prematuur geboren na zwangerschap <32wk en/of gewicht <1500 gram tot 6 mnd à terme¹ <input type="checkbox"/> Ontvanger intra-uteriene transfusie elders*, <9 mnd geleden | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Bekend met Hb pathie <input type="checkbox"/> Bekend met MDS <input type="checkbox"/> Bekend met irregulaire antistoffen elders* <input type="checkbox"/> Orgaantransplantatie <3mnd geleden elders*,
Transplantatiedatum ____ / ____ / 20 ____ <input type="checkbox"/> Allo-stamceltransplantatie elders*,
Transplantatiedatum ____ / ____ / 20 ____ <input type="checkbox"/> Anafylactische transfusiereactie elders*, Datum ____ / ____ / 20 ____ |
|---|--|
- * Naam ziekenhuis:

Erythrocytenserologie

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Kruisserum t.b.v. transfusie neonaat¹ <input type="checkbox"/> T.b.v. aanvraag bloedproducten¹ <input type="checkbox"/> Bloedgroep/Rhesus/Screening irregulaire antistoffen <input type="checkbox"/> Directe antiglobulinetest <input type="checkbox"/> Koude agglutinen <input type="checkbox"/> Titratie t.b.v. orgaantransplantatie <input type="checkbox"/> Titratie t.b.v. allo-stamceltransplantatie <input type="checkbox"/> Bloedgroep post-allo-SCT <input type="checkbox"/> Bloedgroep i.v.m. stamcelafname door hemaferese <input type="checkbox"/> Bloedgroep postmortale orgaandonor | <p>Serologisch onderzoek</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Onderzoek Auto-immuun Hemolytische Anemie <input type="checkbox"/> Onderzoek n.a.v. transfusiereactie² <p><input type="checkbox"/> Familieonderzoek:</p> <p><input type="checkbox"/> Antigeenbepaling bij vader
info over PID-nr. partner:</p> |
|---|--|

ET-nr.:

Afnameprotocol:

- Capillair patiënt < 3 mnd: 0,3 ml EDTA bloed in microtainer
- Capillair patiënt > 3 mnd: 0,5 ml EDTA bloed in microtainer (tot 4 jaar)
- Venapunctie / uit lijn: 6 ml EDTA
- I.g.v. Anti-D profylaxe: 6 ml EDTA + 6 ml stolbloed

- 1) Bij neonaten tot 3 maanden bij 1^e transfusie 'Moeder/kind formulier' invullen en met bloed (4 ml EDTA + 6 ml stol) van moeder inleveren bij bloedtransfusielaboratorium (zie KIS).
- 2) Transfusiereactieformulier inleveren

Trombocytenserologie (altijd in overleg met bloedtransfusiedienst tel. 40327)

- HLA - antistofscreening (6 ml stolbloed)
- Aanvraag op indicatie via Sanquinformulier:
- Specificiteitsonderzoek trombocytentstoffen (zie KIS)
 - Onderzoek neonatale allo-immuuntrombocytopenie (zie KIS)

HLA-diagnostiek door Sanquin t.b.v. (zie KIS):

- Stamceltransplantatie
- HLA typing klasse I
 - HLA typing klasse II
- Cord blood transplantatie
- HLA - antistofscreening

Afname verricht door (naam): (niet ingevuld = aanvraag geweigerd!!)