

ANFORDERUNG / BESTELLUNG VON BLUTKOMPONENTEN

(Bitte Anzahl angeben)

FAX an:

Institut für Transfusionsmedizin / Blutdepot
 O4103 Leipzig, Johannisallee 32
 Fax: 0341 97 25419
 Tel.: 0341 97 25416/ -25402

SOP VT 0.0.1 A1

Blut- gruppe	Erythrozytenkonzentrat, leukozytendepletiert ¹		Gefrorenes Frischplasma		Thrombozyten- konzentrat (TK) ¹		Bemerkungen
	Rh pos.	Rh neg.	GFP (Cit.) 3 x 220 ml	GFP (CPD) 1 x 300 ml	gepoolt	Apherese	
O							
A							
B							
AB							

Anti-CMV-negativ
 bestrahlt
 HLA-kompatibel (bitte rechtzeitig anmelden)

Transport: Kurierfahrzeug UKL am: _____ Selbstabholung am: _____

eilt Uhrzeit (ca.): _____

Anfordernde Einrichtung:

Stempel d. med. Einrichtung, Station / Telefon²

Stempel/Unterschrift des Bestellers²

Datum / Uhrzeit²

² Ohne diese Angaben kann keine Bearbeitung Ihrer Bestellung erfolgen!