

Naam arts:  Tel:

Artsencode:

Datum:  -  Tijd:  -

Cito:

Afd:  specialismecode

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

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**

- Geen bijzonderheden bekend/Geen wijzigingen t.o.v. bekende gegevens
- Zwanger, \_\_\_\_ wkn
- Zwanger, datum anti-D profylaxe \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 20 \_\_\_\_
- Recent zwanger geweest (< 3 mnd)
- Recent (elders) getransfundeerd (< 3 mnd)
- Neonat prematuur geboren na zwangerschap < 32 wk en/of gewicht < 1500 gram tot 6 mnd à terme<sup>1</sup>
- Ontvanger intra-uteriene transfusie < 9 maanden geleden<sup>1</sup>
- Auto-antistoffen tegen erythrocyten of trombocyten
- Bekend met Hb pathie
- Bekend met MDS
- Bekend met irregulaire antistoffen
- Orgaantransplantatie < 3 mnd geleden. Datum \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 20 \_\_\_\_
- Allo-stamceltransplantatie kandidaat/getransplanteerd. Transplantatiedatum \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 20 \_\_\_\_
- Auto-stamceltransplantatie kandidaat/getransplanteerd. Transplantatiedatum \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 20 \_\_\_\_
- Hemolytische transfusiereactie. Datum \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 20 \_\_\_\_
- Anafylactische transfusiereactie. Datum \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 20 \_\_\_\_

**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

- |  |                             |  |                             |
|--|-----------------------------|--|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Erythrocytenconcentraat (270 ml)          | Aantal <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Erythrocytenconcentraat (1 donor)abonnement (4 gesplitste eenheden) | Aantal <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Erythrocytenconcentraat gesplitst (60 ml) | <input type="text"/>        | <input type="checkbox"/> Erythrocyten in citraatplasma (voor wisseltransfusie) <sup>3</sup>  | <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

- |  |                             |  |                             |
|--|-----------------------------|--|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Trombocytenconcentraat 5 donoren (310 ml)           | Aantal <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Aferese trombocyten 1 donor (40-70 ml) <sup>4</sup> | Aantal <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Trombocytenconcentraat 5 donoren gesplitst (150 ml) | <input type="text"/>        | <input type="checkbox"/> Aferese trombocyten abonnement <sup>4</sup>         | <input type="text"/>        |
|  |                             | <input type="checkbox"/> Aferese trombocyten (HLA-gematcht) <sup>3</sup>     | <input type="text"/>        |

**Plasma**

Indicatie:  Suppletie stollingsfactoren  Teniet doen effect fibrinolytica

- |   |                             |
|---|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Omniplasma (200 ml) <sup>5</sup> | Aantal <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Quarantaine plasma (75 ml)       | <input type="text"/>        |

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.