

FB-ST-145/F Transfusionsmedizin UK- Aachen	Formblatt Anforderung von peripheren allogenen Stammzellapheresen/Verwandtenspender	Seite 1 von 2
Erstellt am 29.08.2022 Dr. Hutschenreuter	Geprüft am 15.09.2022: Dr. Larionov Freigegeben am 01.10.2022 Prof. Dr. Klump	

<h2>Formblatt FB-ST-145/F</h2>	
Verwandtenspender Formblatt Anforderung von peripheren allogenen Stammzellapheresen	
Dieses FB gilt ab:	01.10.2022
Dieses FB ersetzt die Version:	FB-ST-145 / E
Zielsetzung:	
Verteiler:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Original: QMB 2. Intranet 3. per Mail an Med IV, Kinderklinik
Änderungshinweise:	<p>29.08.2022: Wechsel der Institutsleitung zum 01.10.2022, Prof. Dr. Klump</p> <p>22.02.2021: Verteiler geändert, per Mail an Med IV und Kinderklinik</p> <p>10.12.2021: Neueinstellung OA Dr. U. Krause / Leitung Arzneimittelherstellung Stammzellbereich</p> <p>17.07.2020: Personaländerung: Ausscheiden Dr. Strathmann zum 01.07.2020</p> <p>01.11.2014 FB auf Verwandtenspende geändert</p>

FB-ST-145/F Transfusionsmedizin UK- Aachen	Formblatt Anforderung von peripheren allogenen Stammzellapheresen/Verwandtenspender	Seite 2 von 2
Erstellt am 29.08.2022 Dr. Hutschenreuter	Geprüft am 15.09.2022: Dr. Larionov Freigegeben am 01.10.2022 Prof. Dr. Klump	



Klinikdirektor:
 Univ.-Prof. Dr. rer. nat. H. Klump
OA Dr. U. Krause Dect: 36242
Dienstarzt Transfusionsmedizin:
 Dect: 36173

Anforderung der Durchführung einer peripheren allogenen Stammzellapherese

Spender: Name, Vorname, Geb.-Datum: _____ männl. weibl.

Adresse, Versicherung: _____

Empfänger: Name, Vorname, Geb.-Datum: _____ männl. weibl.

Adresse, Versicherung: _____

Anzahl der angeforderten Präparate _____ Präparat(e)
 mit mindestens jeweils _____ x 10⁶ CD34+ Zellen / kg Körpergewicht
 Purgung erwünscht: ja nein
 z. B. CD34 positiv, Selektion, CD3/19 negativ _____
 zusätzlich: _____

Prozedere:
 Voruntersuchung des Spenders vor G-CSF-Gabe: am _____
 G-CSF-Gabe beim Spender von _____ bis _____
 Beginn der Konditionierung des Empfängers: am _____
 Allogene Stammzellapherese geplant: am _____
 Transplantation geplant:am _____

Ansprechpartner der anfordernden Klinik:
 - Arzt, Telefon, Funk: _____
 - Datum, Unterschrift des anfordernden Arztes/Klinik: _____

*(>18 Jahre)