

# aanvraagformulier voor bloedtransfusie en bloedplaatjes

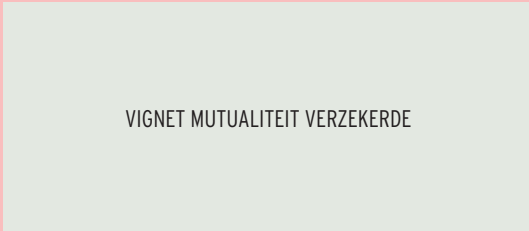
## Patiënt-ontvanger gegevens (verplicht)

Dhr.  Mevr.  Kind

Naam: \_\_\_\_\_

Voornaam: \_\_\_\_\_

Geboortedatum: \_\_\_\_\_



## Motivatie verplicht aan te vinken

..... (aantal units) **ERYTHROCYTENCONCENTRAAT**

..... (aantal units) **VERS INGEVROREN PLASMA**

- dringend
- gepland
  - datum eerste toediening ..... / ..... / .....
  - gespreid over ..... dagen

- INDICATIE:
- massieve bloeding
  - deficiëntie van stollingsfactor (factor V, factor XI)
  - overdosering van Vit. K antagonisten
  - trombotische trombocytopenische purpura (TTP)
  - neonatale wisseltransfusie

### THERAPEUTISCH:

- Hb < 7 g/dL
  - Hb 7 - 10 g/dL
    - acuut bloedverlies
    - co-morbiditeit .....
- Bij Hb > 10 g/dL is tranfusie zelden aangewezen

### PROFYLACTISCH:

- preoperatief: datum operatie ..... / ..... / .....

## Bloedgroep en rhesusfactor van de ontvanger

.....

## Aanvragende dienst

- |  |                              |  |                                 |
|--|------------------------------|--|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> operatiekwartier  | <input type="checkbox"/> C 1 | <input type="checkbox"/> D 2           | <input type="checkbox"/> SpCP   |
| <input type="checkbox"/> intensieve zorgen | <input type="checkbox"/> C 2 | <input type="checkbox"/> dagziekenhuis | <input type="checkbox"/> SpLoco |
| <input type="checkbox"/> spoedgevallen     | <input type="checkbox"/> C D | <input type="checkbox"/> pediatrie     | <input type="checkbox"/> andere |
| <input type="checkbox"/> geriatrie         | <input type="checkbox"/> D 1 | <input type="checkbox"/> materniteit   | .....                           |

## Aanvragende geneesheer

naam van de geneesheer: .....

erkenningsnummer: ..... handtekening: ..... datum .....

Gelieve een EDTA-tube (paars) een een gestolde tube (rood) af te nemen.

GESTOLD	EDTA

ZIE ACHTERZIJDE VOOR HET BESTELLEN VAN BLOEDPLAATJES

# aanvraagformulier voor bloedplaatjesconcentraat

## Patiënt-ontvanger gegevens (verplicht)

Dhr.  Mevr.  Kind

Naam: \_\_\_\_\_

Voornaam: \_\_\_\_\_

Geboortedatum: \_\_\_\_\_

VIGNET MUTUALITEIT VERZEKERDE

## Motivatie verplicht aan te vinken

..... (aantal units) **BLOEDPLAATJESCONCENTRAAT**

### PROFYLACTISCH:

invasieve heelkundige procedure: drempel 50.000/  $\mu$ L

aanwezigheid van ongunstige factoren  
(koorts, leucocytose, stollingsproblemen): drempel 20.000/  $\mu$ L

weinig invasieve procedure (vb: centrale catheter):  
drempel 30.000/  $\mu$ L

geen ongunstige factoren: drempel 10.000/  $\mu$ L

## Aanvragende dienst

operatiekwartier

C 1

D 2

SpCP

intensieve zorgen

C 2

dagziekenhuis

SpLoco

spoedgevallen

C D

pediatrie

andere

geriatrie

D 1

materniteit

.....

## Aanvragende geneesheer

naam van de geneesheer: .....

erkenningsnummer: ..... handtekening: ..... datum .....

## In te vullen door labomedewerker

naam van de labomedewerker: .....

aanvraag ontvangen op datum ..... en uur .....

aantal bloedplaatjes patiënt gemeten < 2 dagen: .....

voldaan aan voorwaarden:  ja of  neen, klinisch bioloog verwittigd<sup>1</sup>: .....

bloedplaatjes besteld op datum ..... en uur .....

contact genomen met ..... op transfusiedienst  fax ok

transport geregeld met wie:  taxi  chauffeur labo  ander specificeer naam: .....

ontvangst bloedplaatjes concentraat op datum ..... en uur .....

gebeld naar dienst op datum ..... en uur ....., naam dienstmedewerker .....

afgehaald door dienst op datum ..... en uur ....., naam dienstmedewerker .....

<sup>1</sup> klinisch bioloog ..... :  ok bestellen en aanvraag doorgegeven aan .....

bestelling niet doorgegaan, reden .....