

Transfusionsdokumentation

Name _____ Geburtsdatum |____|_|____|_|____|_|____|_|____|_|

Diagnose _____ Blutgruppe A B AB O

Zentrum _____ Rh pos. neg.

_____ Rhesusmosaik |____|_|____|_|____|_|____|_| Kell pos. neg.

_____ AK-Screening pos. neg. Datum |____|_|____|_|____|_|

Datum der Transfusion	Intervall (Tage)	vor EK		EK-Transfusion			
		Ziel-Tal-Hb (g/dl)	Hb (g/dl)	Gewicht (kg)	Volumen (ml)	ml / kg	Besonderes
____ _ ____ _ ____ _							
____ _ ____ _ ____ _							
____ _ ____ _ ____ _							
____ _ ____ _ ____ _							
____ _ ____ _ ____ _							
____ _ ____ _ ____ _							
____ _ ____ _ ____ _							
____ _ ____ _ ____ _							
____ _ ____ _ ____ _							
____ _ ____ _ ____ _							
____ _ ____ _ ____ _							
____ _ ____ _ ____ _							
____ _ ____ _ ____ _							
____ _ ____ _ ____ _							
____ _ ____ _ ____ _							
____ _ ____ _ ____ _							
____ _ ____ _ ____ _							
____ _ ____ _ ____ _							
____ _ ____ _ ____ _							
____ _ ____ _ ____ _							
____ _ ____ _ ____ _							
____ _ ____ _ ____ _							
____ _ ____ _ ____ _							

Dieses Übersichtsblatt ist zum Verbleib in der Krankenakte bestimmt. Wir empfehlen, dem Patienten bzw. Sorgeberechtigten eine Kopie auszuhändigen.
 Die Registerleitung bittet um Zusendung einer Kopie 1x pro Jahr.