

Communicatieformulier

Granulocyten uit aferese

Datum aanvraag:	
Ziekenhuis en dienst:	
Telefoonnummer dienst:	
E-mailadres dienst:	
Behandelende arts (+tel):	
De behandelende arts bevestigt hierbij dat de indicatie de toediening van granulocyten verantwoordt.	Handtekening:

PATIENT

PATIENTGEGEVENS	
Naam en voornaam patiënt:	
Geboortedatum:	
Geslacht:	☐ M ☐ V
CONTACTPERSOON PATIENT	
Naam en voornaam:	
Adres:	
Telefoonnummer:	
DIAGNOSE	
Indicatie voor granulocytenoediening:	
WBC:	10 ⁹ /L
ANC:	10 ⁹ /L
Sepsis:	☐ Ja ☐ Nee
Recent chemo:	☐ Ja ☐ Nee
HEMATOLOGISCHE GEGEVENS	
Bloedgroep:	ABO: RhD:
Onregelmatige antistoffen: Indien positief: identificatie:	☐ Positief ☐ Negatief
HLA-antistoffen:	☐ Positief ☐ Negatief
Directe antiglobulinetest:	☐ Positief ☐ Negatief
CMV status: CMV negatief product vereist:	☐ + ☐ - ☐ Ja ☐ Nee
Toediening te starten vanaf:	
Gedurende welke periode ⁽¹⁾ :	
Frequentie:	

(1) Gelieve wekelijks en minstens drie werkdagen voorafgaan aan gevraagde uitleveringsdatum een bestelformulier patiënt-specifieke bloedproducten te faxen naar 015 21 25 32.

Vak bestemd voor Rode Kruis-Vlaanderen	Trigram	Datum
Aanvraag behandeld door:		

Gelieve dit formulier te mailen naar:

medischsecretariaat.mechelen@rodekruis.be

(voor de provincies Antwerpen, Vlaams-Brabant en Limburg, 015 44 57 43)

medischsecretariaat.gent@rodekruis.be

(voor de provincies Oost- en West-Vlaanderen, 09 244 56 65)

DOC-07916 [F]



**Rode Kruis
Vlaanderen**