

Communicatieformulier

Granulocyten uit aferese

Datum aanvraag:	
Ziekenhuis en dienst:	
Telefoonnummer dienst:	
E-mailadres dienst:	
Behandelende arts (+tel):	
Klinisch bioloog RKV waarmee contact werd genomen	
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:	CcEe:	Kell:
Onregelmatige antistoffen: Indien positief: identificatie:	Positief	Negatief		
HLA-antistoffen ⁽¹⁾ :	Positief	Negatief	In uitvoering	
Directe antiglobulinetest:	Positief	Negatief		
CMV status: CMV negatief product vereist:	+	-		
	Ja	Nee		
Toediening te starten vanaf:				
Gedurende welke periode ⁽²⁾ :				
Frequentie:				

(1) Gelieve bij opstart van het dossier eveneens HLA antistoffen aan te vragen met een ondertekend HILA aanvraagformulier (aanvraagpad 'TRALI' '9560') en enkel een serum staal op te sturen.

(2) Gelieve wekelijks en minstens drie werkdagen voorafgaand 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:		

