



Rode Kruis
Vlaanderen

Dienst voor het Bloed (DVB)

www.dienstvoorhetbloed.be

dienstvoorhetbloed@rodekruis.be

AANVRAAG VAN GECOMPATIBILISEERD ERYTHROCYTENCONCENTRAAT DOOR EEN CATEGORAAL ZIEKENHUIS ZONDER LABORATORIUM/ BLOEDBANKFUNCTIE

- Gelieve bij elke aanvraag de DVB website te raadplegen en het aanvraagpad 'Aanvraag van gecompatibiliseerd erythrocytenconcentraat (EC) door categoriaal ziekenhuis' te volgen.
- Gelieve altijd eerst telefonisch contact op te nemen met het bloedbanklab van Rode Kruis-Vlaanderen (RKV) in Brussel, Gent of Leuven voor overleg met een klinisch bioloog van RKV. De contactgegevens zijn beschikbaar op de DVB website.

PATIËNTGEGEVENS (vul in of kleef patiënt-etiket)

Naam: _____

Voornaam: _____

Geboortedatum: ____/____/____

Geslacht [] Man [] Vrouw

Rijksregisternummer: _____

Medisch dossiernummer: _____

AANGEVRAAGD BLOEDPRODUCT

[] Hoogdringend [] Dringend [] Laagdringend:
gewenst op
____/____/____

Erythrocytenconcentraat - Specificeer aantal: _____

Let op: het bloedproduct kan normaliter pas 2u na aflevering van het bloedstaal van de patiënt vertrekken uit ons bloedbanklab

Aanvraag van gecompatibiliseerd erythrocytenconcentraat (EC) door categoriaal ziekenhuis

• Kruisproef, serologisch

• Bepalingen ABO/D + CcEe+K

RKV moet beschikken over de ABO/D resultaten bepaald op 2 onafhankelijke, op verschillende tijdstippen afgenomen bloedstalen (zie toelichting op de DVB website)

Let op: indien U tegelijk bepaling op 2 stalen aanvraagt dan moet per staal een afzonderlijke aanvraag worden ingevuld en opgestuurd

Vereist bloedstaal: 4 ml EDTA volbloed, in 13 mm x 75 mm buis met etiket dat minstens naam, voornaam, geboortedatum en rijksregisternummer of medisch dossinummer van de patiënt vermeldt.

Bloedstaal datum afname: ____/____/____ uur: _____

Bijkomende klinische gegevens: _____

Facturatie

Bloedproduct: Facturatie door RKV naar verplegingsinstelling (volgens KB 20 april 2010)

Labtests: Facturatie ten laste van RIZIV is van toepassing [] Nee¹ [] Ja²
RIZIV hoofdaanname voor deze labtests is van toepassing [] Nee¹ [] Ja²

¹ RKV factureert aan

[] de voorschrijver

[] de verplegingsinstelling of andere

Naam en adres: _____

² Facturatie ten laste van RIZIV vereist dat U hieronder de **verzekeringsgegevens van de patiënt** invult

Verzekeringsinstelling: _____

Verzekeringsnummer: _____ Stamnummer: _____

Ondertekening door de voorschrijver van het voorschriftformulier

Voorschriftdatum: ____/____/____

Ziekenhuis: _____

Voorschrijver identificatie (bij voorkeur d.m.v. stempel invullen):

Naam en voornaam: Dr. _____ RIZIV nr: _____

Adres: _____

Bereikbaar via telefoon nr: _____

Handtekening: _____

(Let op: elke levering vereist dat dit voorschriftformulier ondertekend is door de voorschrijver)

Vak bestemd voor invulling door RKV personeel

Product uitgeleverd vanuit ☐ BLB ☐ BLG ☐ BLL

door (trigram) _____ op datum : ____/____/____ uur: _____

CTS Leveringsbon nr: _____

Verpakkingsmaterialen terug ontvangen door (trigram) _____ op datum : ____/____/____ uur: _____

Leg dit formulier onmiddellijk na terugbrengen van de verpakkingsmaterialen, dus uiterlijk drie werkdagen na de levering,
in het vakje van Hoofd LT.