

# Communicatieformulier

## Granulocyten uit aferese

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

### PATIENT

<b>PATIENTGEGEVENS</b>				
Naam en voornaam patiënt:				
Geboortedatum:				
Geslacht:	M	V		
<b>CONTACTPERSOON PATIENT</b>				
Naam en voornaam:				
Adres:				
Telefoonnummer:				
<b>DIAGNOSE</b>				
Indicatie voor granulocytenoediening:				
WBC:	10 <sup>9</sup> /L			
ANC:	10 <sup>9</sup> /L			
Sepsis:	Ja	Nee		
Recent chemo:	Ja	Nee		
<b>HEMATOLOGISCHE GEGEVENS</b>				
Bloedgroep:	ABO:	RhD:	CcEe:	Kell:
Onregelmatige antistoffen: Indien positief: identificatie:	Positief	Negatief		
HLA-antistoffen <sup>(1)</sup> :	Positief	Negatief	In uitvoering	
HNA/granulocyt-antistoffen <sup>(1)</sup> :	Positief	Negatief	In uitvoering	
Directe antiglobulinetest:	Positief	Negatief		
CMV status: CMV negatief product vereist:	+	-		
	Ja	Nee		
Toediening te starten vanaf:				
Gedurende welke periode <sup>(2)</sup> :				
Frequentie:				

(1) Gelieve bij opstart van het dossier eveneens HLA antistoffen en granulocyt antistoffen aan te vragen met een ondertekend HLA 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.

<b>Vak bestemd voor Rode Kruis-Vlaanderen</b>	<b>Trigram</b>	<b>Datum</b>
<b>Aanvraag behandeld door:</b>		

