

<b>CELLULAR THERAPY CENTRE</b> Feodor-Lynen-Str. 21 30625 Hannover	<b>ANMELDUNG/AUFTRAG</b> FÜR DIE GEWINNUNG UND/ODER VERARBEITUNG VON BLUT- UND KNOCHENMARKZUBEREITUNGEN BITTE BEI DER PLANUNG DER PRÄPARATGEWINNUNG PER FAX: <b>0511 532 7977</b> ANS CTC SENDEN	Seite 1 von 1  Tel.: (0511) 532-7960 24h: 01761532 5826

**GEWÜNSCHTE ART DES PRÄPARATES**
 Blutstammzellen (Apherese)  
 Spenderlymphozyten (Apherese)  
 Spenderlymphozyten (Vollblut)  
 Knochenmark

**PRÄPARAT-GEWINNUNG BEI:**  
 Transfusionsmedizin MHH  
 Auswärtig (wenn bekannt, wo) \_\_\_\_\_

 Bei gewünschter Blutstammzell-/Spenderlymphozyten-Entnahme durch das **Institut für Transfusionsmedizin und Transplantat Engineering**, MHH leitet das CTC diese Anmeldung unverzüglich als verbindlichen Auftrag an diese Entnahmeeinrichtung weiter.

**DATUM DER ENTNAHME – APHERESE, VOLLBLUT ODER KM:** \_\_\_\_\_

**TRANSPORT DES PRÄPARATS DURCH:**  
 CTC-Kurier  
 Kurier des Auftraggebers: \_\_\_\_\_

**AUFTRAG/NOTWENDIGE AUFARBEITUNG (MEHRERE KREUZE MÖGLICH)**
 nur Qualitätskontrolle (z.B. CD34/CD3 usw.)  
 Frischpräparat  
 Kryokonservierung  
 CD34-Selektion  
 TCRαβ/CD19-Depletion  
 CD3/CD19-Depletion  
 CD45RA-Depletion  
 Plasmareduktion  
 Erythrozytenreduktion  
 Andere: \_\_\_\_\_

**ANGEMELDET VON**
**Arzt** (behandelnd/anfordernd): \_\_\_\_\_

Name bitte leserlich

**Klinik/Abteilung/Praxis:** \_\_\_\_\_

**Telefon/FAX/Pieper:** \_\_\_\_\_

 Autologer Spender

 Familienspender

 Register-(Fremd-)Spender

EMPFÄNGER/PATIENT	
_____	
Name, Vorname und/oder Patienten-ID	
_____	_____
Geburtsdatum	Station
<b>Diagnose:</b> _____	
<b>Körpergewicht:</b> _____ kg	<b>Blutgruppe:</b> _____
aktuelles Gewicht angeben	AB0, Rh

SPENDER	
_____	
Name, Vorname und/oder Spender-ID/GRID	
_____	_____
Geburtsdatum	
<b>Körpergewicht:</b> _____ kg	<b>Blutgruppe:</b> _____
falls bekannt	AB0, Rh

**Spenderinfektionsserologie:**  
 negativ (HBV, HCV, HIV, HEV, Lues)  
 bekannt **positiv:**  
 HBV  
 HCV  
 HIV  
 HEV  
 Lues

Bitte Befund der Untersuchung innerhalb von 30 Tagen vor der Spende ans CTC per Fax weitergeben!

**Gewünschte Zellart** (z.B. CD34-Zellen, T-Zellen): \_\_\_\_\_

**Anzahl geplanter Transplantationen/Rückgaben:** \_\_\_\_\_

**Gewünschte Zellmenge** (pro Gabe/kg KG): \_\_\_\_\_

×10 — /kg

**Nur T-Zellaliquots** (pro Gabe/kg KG):  
**frisch** \_\_\_\_\_ ×10 —  
**kryo** \_\_\_\_\_ ×10 —  
 \_\_\_\_\_ ×10 —  
 \_\_\_\_\_ ×10 —  
 \_\_\_\_\_ ×10 —

**Bereitstellung am**

(TT.MM.JJ HH:MM): \_\_\_\_\_

**Ort:** \_\_\_\_\_

**Bereitstellung des**
**Endprodukts durch:**
 CTC-Kurier

 Kurier des Auftraggebers

**Bemerkungen:**

 Die CTC Aufklärung zum Datenschutz auf <https://www.mhh.de/institute-zentren-forschungseinrichtungen/institut-fuer-zelltherapeutika/cellular-therapy-centre-ctc/datenschutzerklaerung> habe ich gelesen und zur Kenntnis genommen

**Datum:** \_\_\_\_\_

**Unterschrift:** \_\_\_\_\_