

Naam patiënt : \_\_\_\_\_ Geslacht: man vrouw  
Geboortedatum : \_\_\_\_\_ BSN: \_\_\_\_\_

Ziekenhuis : \_\_\_\_\_ Telefoon: \_\_\_\_\_  
Afdeling : \_\_\_\_\_ Sein : \_\_\_\_\_  
Aanvragend arts : \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Diagnose / Indicatie : \_\_\_\_\_  
Gewenste procedure : Plasma-wissel Leukocytaferese Erythrocytaferese RBC-wissel  
Anders: \_\_\_\_\_  
Substitutievloeistof : Plasma Anders: \_\_\_\_\_  
Datum 1e procedure : \_\_\_\_\_ Aanvangstijd: \_\_\_\_\_ uur

### Aanvullende medische gegevens

|                            |    |      |                           |    |      |
|----------------------------|----|------|---------------------------|----|------|
| Cardiologische afwijkingen | Ja | Neen | Neurologische afwijkingen | Ja | Neen |
| Pulmonale afwijkingen      | Ja | Neen | Koorts                    | Ja | Neen |

Specificeer zonodig:

|   |    |                            |       |
|---|----|----------------------------|-------|
| Bloedgroep en Rhesus(D):                                  |    | Bloeddruk:                 | mm Hg |
| Lengte:   | cm | Totaal bloedvolume (TBV):  | mL    |
| Gewicht:  | kg | Totaal plasmavolume (TPV): | mL    |
| Gewenst wisselvolumen:                                    | mL | Gewenst behandelresultaat: |       |
| Goede veneuze toegangsweg in elleboogsplooi aanwezig      | Ja | Neen                       |       |
| Catheter dubbellumen (minimaal 5 French, of 16G) aanwezig | Ja | Neen                       |       |

### Laboratoriumuitslagen (zonodig extra invullen)

|     |                     |              |        |                          |      |
|-----|---------------------|--------------|--------|--------------------------|------|
| Hb  | mmol/L              | Totaal eiwit | g/L    | Ferritine                | µg/L |
| Ht  | L/L                 | IgG/IgM      | g/L    | Transferrine verzadiging | %    |
| WBC | x10 <sup>9</sup> /L | iCalcium     | mmol/L |                          |      |
| PLT | x10 <sup>9</sup> /L | Overige:     |        |                          |      |

### De behandelend arts is verantwoordelijk voor:

(onder verwijzing naar de behandelovereenkomst tussen Ziekenhuis en Sanquin)

Informatieverstrekking aan de patiënt, toestemming van de patiënt tot de therapeutische aferese.  
De medische zorg voor de patiënt voorafgaand, gedurende en na de afereseprocedure.  
De aanwezigheid van medisch en verplegend ziekenhuispersoneel tijdens de afereseprocedure voor het geval zich complicaties voordoen.  
De aanwezigheid van substitutievloeistoffen zoals NaCl 0,9%, albumine, plasma, erythrocytenconcentraten.  
Een geschikte ruimte met o.a. telefoon, bloeddrukmeter en noodoproepsystemen.

**NB: Afereseprocedures kunnen spiegels van geneesmiddelen in het bloed beïnvloeden.**

### Voor akkoord behandelend arts

Datum aanvraag: \_\_\_\_\_ Naam behandelend arts: \_\_\_\_\_ Vink aan voor akkoord: \_\_\_\_\_

Dit formulier invullen en als attachment bij e-mail versturen aan:  
UTGNoord@Sanquin.nl respectievelijk UTGZuid@Sanquin.nl

Datum: \_\_\_\_\_ Naam Sanquinarts: \_\_\_\_\_ Paraaf: \_\_\_\_\_  
Telefoon: 020 – 512