

| | | | | | |
|------------------|--|------------------------|--|----------------|--|
| Naam patiënt: | | Geslacht: man vrouw | | Patiëntnummer: | |
| Geboortedatum: | | Adres: | | Plaats: | |
| E-mail: | | Telefoon: | | | |
| Ziekenhuis: | | Afdeling: | | | |
| Aanvragend arts: | | Telefoon: | | Sein: | |
| E-mail: | | | | | |

| | | | |
|-------------------------------------|-----------------|---------------------------------------------------|-----------------|
| Diagnose: | | Genetische mutatie: | |
| Gewenste datum eerste procedure : | | Of: Nog vast te stellen in overleg met de patiënt | |
| Frequentie onderhoudsbehandelingen: | | | |
| Aantal procedures : | | | |
| Type procedure | Volbloeddonatie | Erythrocytaferese | Plasma exchange |

Aanvullende gegevens

| | | | | | | |
|--------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|-----|----------------------------|-----|----------------|-----|
| Cardiologische afwijkingen: | Ja | Nee | Neurologische afwijkingen: | Ja | Nee | |
| Pulmonale afwijkingen: | Ja | Nee | Anders: Ja | Nee | Medicijnen: Ja | Nee |
| Specificeer: | Dit veld is verplicht als u een vraag met JA hebt beantwoord | | | | | |
| Goede veneuze toegang in elleboogplooï aanwezig: | Ja | Nee | | | | |

Lengte: cm Gewicht: Kg TBV: mL TPV: mL

Laboratoriumuitslagen

| | | | | | |
|--------------|--------|------------------------|-----|-------------|---------------------|
| Hb | mmol/L | Hematocriet | L/L | WBC | x10 ⁹ /L |
| Ferritine | µg/L | Transferrine saturatie | % | Trombocyten | x10 ⁹ /L |
| Totaal eiwit | g/L | IgG/IgM | g/L | iCalcium | mmol/L |

De behandelend arts is verantwoordelijk voor:

(onder verwijzing naar de behandelovereenkomst tussen Ziekenhuis en Sanquin)

- De informatieverstrekking aan en verkrijging van toestemming van patiënt voor therapeutische afname
- Periodieke bepaling van de ferritine bij de hemochromatosepatiënt

Met ondertekening verklaart de behandelend arts, dat de gezondheidssituatie van de patiënt het toelaat om in een extramurale setting te worden behandeld, te weten op een afnamelocatie van Sanquin.
De door Sanquin Bloedbank berekende prijs is conform de vigerende vastgestelde prijslijst.

Datum aanvraag Naam aanvragend arts **Vink af voor akkoord**

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

Datum ontvangst Naam Sanquinarts Paraaf Sanquinarts