

Naam patiënt:			
Geboortedatum:	Geslacht:	man	vrouw
Adres:	BSN:		
E-mail:	Plaats:	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
-----------------	------------------	--------------------