

Auftrag zur Eigenblutentnahme zur Herstellung von autologen Serum-Augentropfen

Bitte vom Patient ausfüllen:

Name:	Vorname:	Geb.-Datum:
Adresse:		
Telefon:	AHV-Nr.:	
Krankenkasse:	Krankenkassen-Versicherungs-Nr.:	
Blutspender	ja → Wo:	nein
Datum:	Unterschrift Patient/in*:	

*Falls der Patient resp. die Patientin zum Zeitpunkt der Spende minderjährig ist, müssen die weiteren Dokumente von den Eltern oder dem gesetzlichen Vertreter unterschrieben werden.

Bitte vom verschreibenden Arzt ausfüllen:

Für o.g. Patient/in sollen aus augenärztlicher Indikation autologe Serum-Augentropfen hergestellt werden.

Diagnosen (bitte vollständig, ggf. zus. Arztbrief):	Diagnosecode (TarMed)
1.	1.
2.	2.
3.	3.

Medikamente:

Kostengutsprache Krankenkasse: **ja (Bitte beilegen)** **nein**

(Ohne Kostengutsprache oder Vorauszahlung durch den Patienten erfolgt kein Aufgebot zur Entnahme, ausser bei grosser, medizinisch bedingter Dringlichkeit. Im Falle einer solchen Bestellung kontaktieren Sie bitte umgehend die Blutspende Zürich: +41 58 272 52 52)

Ich bin mit der Anwendung autologer Serum-Augentropfen vertraut, habe meinen Patienten hinreichend über das Herstellungs- und Folgeprozedere aufgeklärt und ihm das Dokument «Information und Einverständnis-erklärung zur Blutentnahme für autologe Serum-Augentropfen» zur Information abgegeben (wird erst am Tag der Blutentnahme im Spendezentrum unterschrieben).

Normalerweise werden 120 Tagesdosen (CHF 1'650*) aus 460 ml Blut hergestellt. Je nach Spendetauglichkeit des Patienten kann es jedoch nicht vertretbar sein, 460 ml Blut zu entnehmen (Entscheid Spendearzt). Dann besteht die Möglichkeit, weniger Blut abzunehmen. Das heisst 240 ml Vollblut für 60 Tagesdosen (CHF 1'210*) oder 140 ml Vollblut für 30 Tagesdosen (CHF 990*). In einem solchen Fall werden Sie vom Spendearzt durch die Blutspende Zürich kontaktiert, um das weitere Vorgehen zu besprechen.

Um einer Anämie aufgrund wiederholten Spenden vorzubeugen, empfehlen wir, eine Ausgangsferritin-Bestimmung und Ferritin-Kontrollen durchzuführen (ggf. Eisensubstitution nötig).

Es gelten die allgemeinen Geschäftsbedingungen (AGB abrufbar auf www.zhbsd.ch)

* Preise inkl. Lieferung an die Praxis des verschreibenden Arztes im Kt. Zürich exkl. MwSt.

Bei der Initialbehandlung: Bitte Score auf Seite 2 erfassen (gegebenenfalls durch Hausarzt)

Unterschrift verschreibender Arzt / Stempel:	Datum:
--	--------

Hinweis: Dieses Dokument vollständig ausgefüllt an die Blutspende Zürich per E-Mail weiterleiten an serumaugentropfen@zhbsd.ch

Die Bestimmung des Risiko-Scores vor der ersten Vollblutentnahme ist obligatorisch und muss nach drei Folgebehandlungen, spätestens aber nach einem Jahr, erneut erhoben werden.

Patienten Informationen zur Spendetauglichkeit: Bitte ALLE Felder ausfüllen

Name: Vorname: Geb.-Datum:

Gewicht: Grösse: Hämoglobin (falls bekannt):

	Score – Punkte ()					Score
	(0)	(1)	(2)	(4)	(14)	
Alter (Jahre) *	unter 50	51 – 65	66 – 70	Blutspender zw. 70 und 75	über 70	
Gewicht (BMI)(**)						
Untergewicht (BMI <20)	20 – 25		18 – 19		< 18	
Übergewicht (BMI >25)			26 – 30	31 – 40	> 40	
Blutdruck						
Hypertonie	normoton	früher behandelt, z.Zt.normoton	aktuell behandelt und normoton	unbehandelt <180/<110	>180 / > 110	
Syst. Hypotonie	keine	95 – 100	90 – 94	85 – 89	80 – 84	
Herz-Kreislauf						
Herz-Rhythmus	Sinus-Rhythmus	Arrhythmie nicht therapiebedürftig → 8		Arrhythmie therapiebedürftig → 14		
Herzleistung(***)	normal				Herzinsuffizienz	
Angina Pectoris	keine				AP	
Myokardinfarkt	nein				Status nach	
Art. Gefäss-Status(***)	normal	PAVK I			PAVK II-IV	
ZNS	unauffällig	Synkopen, Insult, Epilepsie, Missbildung, Tumor → 14				
Respirationstrakt(***)	normal	anamnestisch Beschwerden	COPD behandelt		COPD unbehandelt	
* Patienten > 70 Jahre: 460 ml Vollblutspende kritisch. Ausnahme: Blutspender zw. 70 und 75 Jahren und mind. 1 Spende in den letzten 2 Jahren. ** BMI = Körpergewicht/(Körpergrösse in m) ² *** Anamnese + klinischer Eindruck						Score: (Total)

Bewertung Risiko-Score: 0 – 13: 460 ml Vollblutspende prinzipiell möglich, definitiver Spendeentscheid durch Spendearzt
 >13: 460 ml Vollblutspende kontraindiziert, definitiver Spendeentscheid durch Spendearzt

Unterschrift Arzt / Stempel:

Datum:

vom Spenderarzt auszufüllen (bei «nein» oder Entnahmenvolumen <460 ml erfolgt Info an den verschreibenden Arzt)

Behandlung	Risiko-Score	Zulassung zur Eigenblutspende	Entnahmenvolumen			Datum/ Visum Arzt
			Entscheid		Abgenommen	
Initialbehandlung		ja nein	460ml	240ml	140ml	
1. Folgebehandlung	Bestätigt:	ja nein	460ml	240ml	140ml	
2. Folgebehandlung	Bestätigt:	ja nein	460ml	240ml	140ml	
3. Folgebehandlung	Bestätigt:	ja nein	460ml	240ml	140ml	