

**An**

Bayerische Stammzellbank

 Robert-Koch-Allee 23  
 82131 Gauting

Telefon: 089 – 89 32 66 – 250

Fax: 089 – 89 32 66 – 29

Email: info@akb.de

**Von**

Klinik: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

**Bei unverwandten Spendern (AKB oder andere)**

Spendernummer:

Patientenname:

Recipient-ID (ZKRD):

DEAKB-Label:

(von AKB vergeben)

**Bei Familienspendern**

Spendername:

Patientenname:

DEAKB-Label:

(von AKB vergeben)

**Auftragsart** (Bitte ankreuzen, mehrere Kreuze sind möglich)

- Knochenmarkentnahme
- Plasmareduktion einer Knochenmarkspende
- Erythrozytendepletion einer Knochenmarkspende  
 Nur möglich, wenn Antikoagulation bei Entnahme mit ACD-A mind. 1:10 und Heparin 10 IE/ml
- Stammzellapherese
- Lymphozytenapherese
- Portionierung einer Lymphozytenapherese mit Kryokonservierung

Wunsch- und Alternativtermin für Entnahme bei der BSB: \_\_\_\_\_

Bei Lymphozytenapherese in der BSB erfolgt die Portionierung und Kryokonservierung am Folgetag

Min. Anzahl von Tagen zwischen Freigabe und Spende: \_\_\_\_\_

Wunschtermin für Verarbeitung nach Entnahme durch Dritte: \_\_\_\_\_

Anlieferung zur BSB am Verarbeitungstag bis 08 Uhr (Lymphozyten) bzw. 11 Uhr (Knochenmark)

**Wichtig:** Unbedingt Mitlieferung der **day-of-collection samples** beachten!

 \_\_\_\_\_ , den \_\_\_\_\_  
 Ort Datum

 \_\_\_\_\_  
 NAME / Unterschrift Auftraggeber (AG)

Auftrag geprüft und für sachlich richtig befunden

 Termine bestätigt per  Mail  Fax

 \_\_\_\_\_  
 BSB-Arzt (Datum/Unterschrift)

 \_\_\_\_\_  
 BSB-Mitarbeiter (Datum/Unterschrift)

**Folgende Informationen bzw. Unterlagen fehlen – bitte umgehend nachreichen:**

**Bei unverwandten Spendern (AKB oder andere)**

Spendernummer:

Recipient-ID (ZKRD):

**Bei Familienspendern**

Spendername:

Patientenname:

**Empfänger-Informationen**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Geschlecht:

männlich weiblich 

Gewicht: \_\_\_\_\_

kg

Blutgruppe: \_\_\_\_\_

Diagnose: \_\_\_\_\_

**Spender-Informationen**

Name, Vorname oder Spendernummer: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Geschlecht:

männlich weiblich 

Gewicht: \_\_\_\_\_

kg

Blutgruppe: \_\_\_\_\_

Verwandtschaftsverhältnis zum Empfänger:

 verwandt: unverwandt HLA-ident Haplo-ident

Bei verwandten Spendern bitte das Ergebnis der **HLA-Typisierung** von Spender und Patient sowie der **Retypisierung** des Spenders beilegen (für die **Spenderfreigabe** zwingend erforderlich).

**Kontaktinformationen bei Familienspendern**

Straße und Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ und Ort: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Beherrscht der Spender die deutsche Sprache ausreichend für eine Aufklärung:

ja nein 

Wenn nein, soll die BSB einen Dolmetscher bestellen:

ja nein 

Wenn ja, wie lautet die Muttersprache: \_\_\_\_\_

Dolmetscher dürfen mit dem Spender nicht verwandt oder bekannt und müssen für die Aufgabe ausreichend qualifiziert sein.

**Minderjährige Familienspender**

Die Voraussetzung nach §8a TPG sind erfüllt:

ja nein Siehe **Anlage 3b Punkt 1**

**Bei unverwandten Spendern (AKB oder andere)**

Spendernummer:

Recipient-ID (ZKRD):

**Bei Familienspendern**

Spendername:

Patientenname:

**Spender-Voruntersuchung (sofern Entnahme durch BSB erfolgen soll)**

- Spender-Voruntersuchung soll durch BSB erfolgen (falls aktuelles Röntgen, Oberbauchsonographie oder EKG vorhanden, bitte mitgeben)
- Voruntersuchung minderjähriger Spender in Kinderklinik. Aufklärungsgespräch und Spenderfreigabe bei BSB; Details siehe **Anlage 3b Punkt 1**
- Spender-Voruntersuchung (Spendetauglichkeitsbescheinigung und Spenderfreigabe) erfolgt durch andere dt. Datei oder Auftraggeber: Details siehe **Anlage 3b Punkt 2**

**Pre-collection samples**
 nicht benötigt

EDTA: \_\_\_\_\_ ml

ACD: \_\_\_\_\_ ml

Heparin: \_\_\_\_\_ ml

No anticoagulant: \_\_\_\_\_ ml

 Lieferadresse der pre-collection samples abweichend von AG-Adresse:

**Entnahme durch BSB**
**Gewünschte Zellzahl**

 Knochenmark  
( $\times 10^8$  NC)

 PBSC  
( $\times 10^6$  CD34<sup>+</sup>)

 Lymphozyten  
( $\times 10^8$  CD3<sup>+</sup>)

Pro kg KG:




Gesamt:



 CD3-Bestimmung im KM-Präparat notwendig

**Day-of-collection samples**
 nicht benötigt

EDTA: \_\_\_\_\_ ml

ACD: \_\_\_\_\_ ml

Heparin: \_\_\_\_\_ ml

No anticoagulant: \_\_\_\_\_ ml

**Entnahme durch Dritte**

- Innerhalb Deutschlands
- Ausland → **Freigabe des Importprodukts durch importierende Klinik notwendig!**  
Bei Nicht-EWR-Ländern: Die Klinik hat für das Land eine Einfuhrerlaubnis:  ja  nein

**Wichtig:** Day-of-collection samples mitliefern: **2x** 7,5 ml Serum und **4x** 9 ml EDTA.  
Details siehe **Anlage 3b Punkt 3**

**Präparat ist ein Prüfpräparat im Rahmen einer Studie**
 ja

 nein

Studientitel:

Prüfplancode:

EudraCT Nr.:

**Bei unverwandten Spendern (AKB oder andere)**
**Bei Familienspendern**

 Spendernummer: 

 Spendername: 

 Recipient-ID (ZKRD): 

 Patientenname: 
**Auftrag zur Überführung in die anwendungsfähige Form**

- Plasmareduktion
- Erythrozytendepletion
- Lymphozyten-Portionierung:

Gewünschte Dosierung		Anz. Port.	
1.	<input type="text"/> x 10 <sup>^</sup> <input type="text"/> CD3 <sup>+</sup> /kg KG	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> sofortige Gabe <input type="checkbox"/> Kryokonservierung
2.	<input type="text"/> x 10 <sup>^</sup> <input type="text"/> CD3 <sup>+</sup> /kg KG	<input type="text"/>	Kryokonservierung
3.	<input type="text"/> x 10 <sup>^</sup> <input type="text"/> CD3 <sup>+</sup> /kg KG	<input type="text"/>	Kryokonservierung
4.	<input type="text"/> x 10 <sup>^</sup> <input type="text"/> CD3 <sup>+</sup> /kg KG	<input type="text"/>	Kryokonservierung
5.	<input type="text"/> x 10 <sup>^</sup> <input type="text"/> CD3 <sup>+</sup> /kg KG	<input type="text"/>	Kryokonservierung
6.	<input type="text"/> x 10 <sup>^</sup> <input type="text"/> CD3 <sup>+</sup> /kg KG	<input type="text"/>	Kryokonservierung
7.	<input type="text"/> x 10 <sup>^</sup> <input type="text"/> CD3 <sup>+</sup> /kg KG	<input type="text"/>	Kryokonservierung
8.	<input type="text"/> x 10 <sup>^</sup> <input type="text"/> CD3 <sup>+</sup> /kg KG	<input type="text"/>	Kryokonservierung

**Angaben zum Transport**
**Wichtig: Knochenmark muss für Verarbeitung bei 2-6°C transportiert werden!**

Transport zur BSB zwecks Verarbeitung

 Anlieferung durch AG/Hersteller am:  (Datum + Uhrzeit)

 Transport nach Verarbeitung zum AG am: 

(Datum + Uhrzeit)

 Innerhalb Münchens durch BSB.

 Transport nach Verarbeitung zum AG außerhalb Münchens wird von AG organisiert.

 Lieferadresse abweichend von AG-Adresse:

 Institut / Klinik: 

 Abteilung: 

 Ansprechpartner: 

 Straße: 

 PLZ/Ort: 

 Telefonnummer: 

 Fax: 

 Email: