



Transfusion Interrégionale CRS SA
Unité de Médecine Transfusionnelle
CHUV – BH18 | 1011 Lausanne
itransfusion.ch | info.fr@itransfusion.ch
T +41 21 314 65 67 | F +41 21 314 65 97

Bestellformular nicht-nominativer labiler Blutprodukte

Name und Adresse des Antragstellers:	Lieferungsart:	Datum / Visum :
	<input type="checkbox"/> Lieferung per Taxi <input type="checkbox"/> Abholung	Mail an UMT : umt.urgences@chuv.ch oder per fax : 021 314 65 97

Erythrozyten Konzentrat	Anzahl	Erythrozyten Konzentrat	Anzahl	Bemerkung
A Rh pos		A Rh neg		<input type="checkbox"/> zu bestrahlen <input type="checkbox"/> Besonderer Phénotyp _____ _____ <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ _____
O Rh pos		O Rh neg		
B Rh pos		B Rh neg		
AB Rh pos		AB Rh neg		
FGP		FGP		
A		O		
B		AB		

Thrombozyten Konzentrat	Obligatorische Auskünfte
Identität, Blutgruppe und Thrombozytenzahl des Patienten: Transfusionsdatum:	
Benötigte Thrombozytenanzahl:	
Name des Arztes :	

Material
<input type="checkbox"/> Antragsformular der UMT

