

Schweizerische Transplantations-Kohorten-Studie

	Patientenkleber (Name, Vorname, Geburtsdatum)		Auftraggeber	
(für Labor reserviert)	Patienten-Etikette oder STH Nr. und STCS Nr.		Dr. Isabelle Binet STCS Fachbereich Nephrologie Kantonsspital St. Gallen	
	<input type="checkbox"/> Empfänger <input type="checkbox"/> Lebendspender <input type="checkbox"/> Organspender			
(für Labor reserviert)	Blutentnahme - Zeit/Datum			
	Tag <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> 17 <input type="checkbox"/> 18 <input type="checkbox"/> 19 <input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 21 <input type="checkbox"/> 22 <input type="checkbox"/> 23 <input type="checkbox"/> 24 <input type="checkbox"/> 25 <input type="checkbox"/> 26 <input type="checkbox"/> 27 <input type="checkbox"/> 28 <input type="checkbox"/> 29 <input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> 31 Mt. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12 Std. <input type="checkbox"/> 00 <input type="checkbox"/> 01 <input type="checkbox"/> 02 <input type="checkbox"/> 03 <input type="checkbox"/> 04 <input type="checkbox"/> 05 <input type="checkbox"/> 06 <input type="checkbox"/> 07 <input type="checkbox"/> 08 <input type="checkbox"/> 09 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> 17 <input type="checkbox"/> 18 <input type="checkbox"/> 19 <input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 21 <input type="checkbox"/> 22 <input type="checkbox"/> 23 Min. <input type="checkbox"/> 00 <input type="checkbox"/> 05 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 25 <input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> 35 <input type="checkbox"/> 40 <input type="checkbox"/> 45 <input type="checkbox"/> 50 <input type="checkbox"/> 55			
	<DATUMZEIT>			
	Repositorium			
<input type="checkbox"/> Plasma <input type="checkbox"/> Zellen <input type="checkbox"/> DNA				
(für Labor reserviert)	Blutentnahme - Daten n. Transplantation			
	<input type="checkbox"/> 0		<input type="checkbox"/> 6 Monate (+/- 15 Tage)	<input type="checkbox"/> 12 Monate (+/- 15 Tage)
(für Labor reserviert)	Volumen EDTA Blut(violette Kappe)			
	<input type="checkbox"/> 5 x 9ml	<input type="checkbox"/> 5 x 9ml		<input type="checkbox"/> 5 x 9ml
	Station			
<input type="checkbox"/> ZNA	<input type="checkbox"/> Nephro Amb		<input type="checkbox"/> Nephro Amb	
<input type="checkbox"/> MIPS KSSG				
<input type="checkbox"/> CHIPS KSSG				
<input type="checkbox"/> IPS ausserhalb KSSG				
Tagesnummer (für Labor reserviert)	Separates STCS Proben-Prozess-Formular ausfüllen und zusammen mit diesem Auftragsformular und Proben ans IKMI einsenden			
	<input type="checkbox"/> Ankündigung Probenbestellung an 071 / 494 11 11 (Pikettdienst Immunologie) erfolgt.			
	1/ Verantwortliche/r für Blutentnahme: Name/Vorname _____ Visum: _____			
	2/ Verantwortliche/r für Formular Angaben: Name/Vorname _____ Visum: _____			
3/ Personen für telefonische Rückmeldung Probeneingang im IKMI Name/Vorname _____ Telefon: _____				
Nach Eingang vom IKMI auszufüllen: Eingang Probe/n im IKMI Datum:/...../..... Uhrzeit:h/.....min Visum BMA: _____				
U002	Bestätigung Proben-Eingang am IKMI mitteilen, siehe oben unter 3/ <input type="checkbox"/> Fax dieses ausgefüllten Dokumentes an 2877 (KSSG) <input type="checkbox"/> und Telefon an o. g. Person unter 3/			