**Protokoll des MAT Einsatzes**

Patientenetikett

**Klinik / Abteilung**

**Straße**

**Ort**

Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­\_\_\_\_\_

Verantwortlicher Arzt: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Verantwortliche Pflegekraft: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ausdruck des Gerätes

Typ und Nummer des
eingesetzten Gerätes \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Uhrzeit Sammelbeginn: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Uhrzeit MAT Ende: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Volumen des Sammelblutes: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Blutverlust intra-/ postoperativ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Volumen des
aufbereiteten Blutes \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Hämatokrit des aufbereiteten
Blutes \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Bei mind. 5% aller Einsatze, mind. jedoch einmal pro Monat und Gerät
sind am aufbereiteten Präparat die Eliminationsrate von Gesamteiweiß
oder Albumin des Ausgangswertes zu bestimmen**. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Dokumentation Verbrauchsmaterial**

|  |  |
| --- | --- |
| Aufkleber Lotnummer Sammelset | Aufkleber LotnummerWaschset |

**Unterschrift des verantwortlichen Arztes: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**