

Institut für Transfusionsmedizin und Immunologie Mannheim

DRK-Blutspendedienst Baden-Württemberg-Hessen gemeinnützige GmbH

Theodor-Kutzer-Ufer 1-3, 68167 Mannheim Ärztlicher Direktor: Univ.-Professor Dr. med. Harald Klüter

Patient: (Name, Vorname, Geb.-Datum, Anschrift)



Friedrich-Ebert-Str. 107, 68167 Mannheim:

- Granulozytenimmunologie Tel. 0621 / 3706 - 8039
- Transplantationsimmunologie Tel. 0621 / 3706 - 8039
- Stammzell-Labor Tel. 0621 / 3706 - 8124
- Molekularbiologie Tel. 0621 / 3706 - 837 Fax: 0621 / 3706 - 851

Einsender:

Theodor-Kutzer-Ufer 1-3, 68167 Mannheim:

- Thrombozytenimmunologie Tel. 0621 / 3706 - 968 Fax: 0621 / 383 - 3615

Telefon/Fax für Rückfragen: _____

Zertifiziert nach DIN EN ISO 9001 und akkreditiert nach DIN EN ISO 15189

stationär privat (Wahlleistung) Krankenkasse ambulant (Überweisungsschein)

Diagnose: _____

Bitte den Schein immer vollständig (Name, Vorname, Geb.-Datum des Patienten, Abnahmedatum, Uhrzeit und Unterschrift des Arztes) ausfüllen! Gewünschte Untersuchung ankreuzen!

Granulozytendiagnostik

V	Nachweis und Spezifizierung freier antigranulozytärer Antikörper
E20, V	Nachweis und Spezifizierung gebundener antigranulozytärer Antikörper (nur nach telefonischer Rücksprache mit dem Labor)
V	Granulozyten – Crossmatch + E <input type="checkbox"/> Spender
E	Genotypisierung granulozytärer Antigene
V,U,M	medikamentenabhängige antigranulozytäre Antikörper
↻ <input type="checkbox"/>	Abklärung bei Verdacht auf neonatale Immuneutropenie (NIN)

Transplantationsdiagnostik/HLA

Stammzelltransplantation

E <input type="checkbox"/>	Patient, Ersttypisierung
E <input type="checkbox"/>	Familienspezifisierung
E <input type="checkbox"/>	Bestätigungstypisierung Familienspender
E <input type="checkbox"/>	Einleitung Fremdspendersuche (Auftrag + Bestätigungstypisierung hochauflösend)

Weitere HLA-Diagnostik

E <input type="checkbox"/>	Patient Organtransplantation (HLA-ABC, -DRB1, -DQB1 niedrigauflösend)
E <input type="checkbox"/>	Krankheitsassoziationen (z.B. Zöliakie):
E <input type="checkbox"/>	HLA-ABC <input type="checkbox"/> , -DRB1 <input type="checkbox"/> , -DQB1 <input type="checkbox"/> , weitere <input type="checkbox"/> : niedrigauflösend <input type="checkbox"/> hochauflösend <input type="checkbox"/>
E <input type="checkbox"/>	CCR5 Genotyp: Ersttypisierung <input type="checkbox"/> Bestätigungstypisierung <input type="checkbox"/>
V	Nachweis und Spezifizierung freier HLA-Antikörper: Transfusion <input type="checkbox"/> Transplantation <input type="checkbox"/>
V <input type="checkbox"/>	Lymphozyten-Kreuzprobe (LCT) + E <input type="checkbox"/> Spender (nur nach telefonischer Rücksprache mit dem Labor)

Molekulare Diagnostik

Blutgruppenbestimmung (5 ml EDTA-Blut)

E	ABO Genotypisierung
E	Rhesus-CDE/D ^{weak} Genotypisierung
E	Genotypisierung K <input type="checkbox"/> , J k <input type="checkbox"/> , Fy <input type="checkbox"/> , MNS <input type="checkbox"/>
E	Genotypisierung weiterer Merkmale:

Chimärismusanalyse (10 ml EDTA-Blut)

E	HLA
E	Molekulare Polymorphismen (STR-Systeme)

Molekularbiologie von Immundefektgenen (10 ml EDTA-Blut)

E	Wiskott-Aldrich-Syndrom (WAS) ¹
E	Rekombinase aktivierendes Gen ₁ (RAG ₁) ¹
E	Rekombinase aktivierendes Gen ₂ (RAG ₂) ¹
E	Common gamma chain (γC) XSCID ¹
E	Purinukleosidphosphorylase ¹

Stammzell-Diagnostik

Hämatopoetische Stammzellen (5 ml EDTA-Blut)

E	CD34 – Bestimmung (mittels FACS)
E	CD3 - Bestimmung (mittels FACS)

Thrombozytendiagnostik

V	Nachweis und Spezifizierung freier und gebundener Thrombozytenantikörper: Thrombozytopenie <input type="checkbox"/> transfusionsrefraktär <input type="checkbox"/>
V	Nachweis und Spezifizierung freier und gebundener Thrombozytenantikörper FOLGEANFORDERUNG
E V	HIT Typ II – bitte Score auf der Rückseite ausfüllen!
V	Thrombozyten-Kreuzprobe
↻	Abklärung bei Verdacht auf neonatale Alloimmunthrombozytopenie (NAIT)
V, E20	Medikamentenabhängige AK
C <input type="checkbox"/>	Bernard-Soulier-Syndrom GP Ib/IX
C <input type="checkbox"/>	Thrombasthenie Glanzmann GP IIb/IIIa
E <input type="checkbox"/>	Thrombozytenantigene Genotypisierung (HPA-Merkmale)

Achtung! Bei Postversand bitte nur von Montag bis Mittwoch oder nach telefonischer Anmeldung per Eilboten aufgeben!

Zeichenerklärung:

1 =	Untersuchung erfolgt in einem akkreditierten und zertifizierten Labor des DRK-Blutspendedienstes
■ =	nicht kühl lagern!
V =	Vollblut ohne Zusätze (10 ml Serumröhrchen)
E =	EDTA-Blut 5 ml
E20 =	EDTA-Blut 20ml
C =	Citratblut
U =	Urin, mindestens 20ml
M =	Medikament

Tel. Rücksprache mit Labor / bitte Personalien Mutter/Vater/Kind angeben
↻ = **Mutter:** EDTA-Blut + Vollblut ohne Zusätze (je 20ml)
Vater: EDTA-Blut (20ml)
Kind: EDTA-Blut (1-2ml)

Anmerkungen:

.....
.....
Blutentnahme durch (bei Delegation):
Datum _____ Uhrzeit _____ Unterschrift _____ Name (Druckbuchstaben)
Verantwortlich für die Identität der Probe sowie Anforderung der Laborleistung:
Datum _____ Uhrzeit _____ Unterschrift Arzt _____ Name (Druckbuchstaben)

Klinische Angaben:

A. Diagnose(n):

B.1 Anamnese - Allgemein:

1. Seit wann besteht die Erkrankung? _____
2. Sind gleichartige Erkrankungen (Anämie, Leukozytopenie, Thrombozytopenie) vorangegangen, ggf. wann? _____
3. Bestehen Hinweise auf Begleiterkrankungen (besonders SLE, hämolyt. Anämie, Gerinnungsstörungen, maligne Systemerkrankung u. a.)? _____
4. Ist eine fieberhafte Erkrankung vorausgegangen? _____
5. Besteht der Verdacht auf eine durch Medikamente hervorgerufene Erkrankung (Allergie)? Welche? _____
6. Blut- oder Blutkomponenten bzw. Transfusionen erhalten (früher oder jetzt)? _____

B.2 Anamnese – Bei V.a. HIT II sollte der HIT-Score bestimmt werden:

		Wahrscheinlichkeitskriterien		
Kriterien, die für eine HIT sprechen:	Score:	2	1	0
Thrombozytopenie		Niedrigster Wert ≥ 20.000 / μ l und $>50\%$ Abfall.	Niedrigster Wert 10.000-19.000 / μ l oder 30-50% Abfall.	Niedrigster Wert <10.000 / μ l oder $<30\%$ Abfall.
Tag des Auftretens des Thrombozytenabfalls		Tag 5-10 oder ≤ 1 bei Z.n. früherer Heparin-gabe (innerhalb der letzten 30 Tage).	Unbekannt, aber könnte zur HIT passen bzw. Tag >10 bzw Tag ≤ 1 bei Z.n. früherer Heparin-gabe (innerhalb der letzten 31-90 Tage).	Tag <4 (keine frühere Heparin-gabe).
Thrombosen oder andere Komplikationen		Gesicherte neue Thrombose, Hautnekrosen, anaphylaktische Reaktion nach Heparinbolus.	Fortschreitende oder rezidivierende Thrombose, V.a. Thrombose (noch nicht bestätigt) oder nicht-nekrotisierende Hautläsion.	Keine Thrombose / Komplikationen.
Andere Gründe für Thrombozytenabfall		Keine andere Ursache erkennbar.	Mögliche andere Ursache nachgewiesen.	Andere Ursache definitiv nachgewiesen.
Summe der Scores:		Anmerkung: Bei einer Score-Summe < 4 ist eine HIT II sehr unwahrscheinlich.		

HIT-Schnelltest: Positiv Negativ Nicht durchgeführt

C. Befunde

1. Wesentliche klinische Befunde: _____
2. Milz/Leber: _____
3. Diff. BB und Blutwerte:

Hb	Ery	Reti	Leuko	Thrombo	Bilirubin	BSG	Haptoglobin	LDH

Knochenmark: _____

Plasmatische Gerinnung: _____

Andere wichtige Befunde: _____