

Thrombozytenimmunologie

Tel. 0621 / 3706 - 968

Fax: 0621 / 383 - 3615



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

Einsender:

Telefon für Rückfragen: _____

Fax für Befunde: _____

stationär privat (Wahlleistung)

ambulant (Überweisungsschein) Krankenkasse

Bitte Schein vollständig (Name, Vorname, Geb.-Datum des Patienten, Patientenangaben, Abnahmedatum, Uhrzeit und Unterschrift des Arztes) ausfüllen und gewünschte Untersuchung ankreuzen!	Diagnose:
Patientenangaben:	Bemerkungen: <input type="checkbox"/> infektiös

Bekannte serologische Probleme (z.B. bek. Antikörper - PTP/ITP)?:	Schwangerschaft: <input type="checkbox"/> ja, SSW _____ <input type="checkbox"/> nein
---	---

Transfusionen von Thrombozytenkonzentraten: <input type="checkbox"/> nein (innerhalb von 10 Tagen) <input type="checkbox"/> ja, zuletzt am: _____ Therapierefraktär: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Aktueller Thrombozytenwert: _____ gemessen am: _____	Einnahme von Thrombozytenaggregationshemmern <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, zuletzt am: _____ Medikament/Dosis: _____ <input type="checkbox"/> Therapie i.v. IgG, zuletzt am: _____ <input type="checkbox"/> Therapie monokl. Antikörper: _____ zuletzt am: _____
--	--

Thrombozytendiagnostik (Zutreffende Untersuchung bitte ankreuzen)

V, E20	<input type="checkbox"/>	Nachweis und Spezifizierung von thrombozytären Alloantikörpern (z.B. V.a. Posttransfusionelle Purpura)	V	Heparin induzierte Thrombozytopenie (HIT Typ II) Bitte zusätzlich 4T Score ausfüllen!
V, E20	<input type="checkbox"/>	Nachweis und Spezifizierung von thrombozytären Autoantikörpern (z.B. V.a. Immnthrombozytopenie)	V, M	Medikamenten-induzierte Immnthrombozytopenie (DITP z.B. durch Antibiotika)
☉	<input type="checkbox"/>	Abklärung bei V. a. neonatale Alloimmunthrombozytopenie (NAIT) Bitte zusätzliche Angaben ausfüllen!	C <input type="checkbox"/>	Thrombasthenie Glanzmann GP IIb/IIIa (Expressionsuntersuchung!)
V	<input type="checkbox"/>	Titerverlaufskontrolle (z.B. Anti-HPA1a)	C <input type="checkbox"/>	Bernard-Soulier-Syndrom GP Ib/IX (Expressionsuntersuchung!)

■ = nicht kühl lagern; V = Vollblut ohne Zusätze (10 ml Serumröhrchen); E20 = EDTA-Blut 20 ml; C = Citratblut 7 ml; M = Medikament
Für die Blutentnahmemengen bei Kindern bitten wir um telefonische Kontaktaufnahme!

☉ = **Mutter:** ■ EDTA-Blut (20 ml) + Vollblut ohne Zusätze (10 ml) **Vater:** ■ EDTA-Blut (20 ml) **Kind:** ■ EDTA-Blut (1-2 ml)

Zusätzlich ausfüllen für Abklärung bei V.a. Neonatale Alloimmunthrombozytopenie (NAIT):

Angaben der Mutter: (Name, Vorname, Geburtsdatum, Gravida/P ara)	Angaben zum Vater: (Name, Vorname, Geburtsdatum)
Bek. (schwangerschaftsassozierte) Antikörper / Erkrankungen der Mutter:	Intrauterine Transfusion: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, zuletzt am:
Behandlung der Mutter mit i.v. IgG: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, zuletzt am:	Bek. Erkrankungen des Kindes:

Zusätzlich ausfüllen für HIT-Diagnostik (4T Score)

Kriterien, die für eine HIT sprechen:	Score:	Wahrscheinlichkeitskriterien		
		2	1	0
Thrombozytopenie (Vergleich von der höchsten Thrombozytenzahl mit der niedrigsten Thrombozytenzahl im Zeitraum des Abfalls) (Bitte nur 1 Option auswählen)		Niedrigster Wert $\geq 20.000 / \mu\text{l}$ UND $>50\%$ Abfall UND kein operativer Eingriff innerhalb der vorausgegangenen 3 Tage	Niedrigster Wert 10.000-19.000 / μl oder 30-50% Abfall $>50\%$ Abfall und operativer Eingriff innerhalb der vorausgegangenen 3 Tage	Niedrigster Wert $<10.000 / \mu\text{l}$ $<30\%$ Abfall.
Tag des Auftretens des Thrombozytenabfalls oder der Thrombose (Bitte nur 1 Option auswählen)		Tag 5-10 \leq Tag 1 bei Z.n. früherer Heparin-gabe (innerhalb der letzten 30 Tage).	Unbekannt, aber könnte zur HIT passen $>$ Tag 10 Tag ≤ 1 bei Z.n. früherer Heparin-gabe (innerhalb der letzten 31-100 Tage).	Tag <4 (keine frühere Heparin-gabe) innerhalb der letzten 100 Tage.
Thrombosen oder andere Komplikationen (Bitte nur 1 Option auswählen)		Gesicherte neue Thrombose Hautnekrosen an Heparin-injektionsstelle anaphylaktische Reaktion nach Heparinbolus	Fortschreitende oder rez. Thrombosen V.a. Thrombose (noch nicht bestätigt) Erythematöse Hautläsion an Heparin-injektionsstelle	Keine Thrombose / Komplikationen.
Andere Gründe für Thrombozytenabfall (Bitte nur 1 Option auswählen)		Keine andere Ursache erkennbar	Mögliche andere Ursache nachgewiesen wie z.B. Sepsis ohne mikrobiellen Nachweis, Thrombozytopenie mit Beginn der Ventilation oder andere	Andere Ursache definitiv nachgewiesen wie z.B. Auftreten innerhalb 72 Stunden nach Operation, bestätigte Bakteriämie oder Pilzinfektion, Chemotherapie oder Bestrahlung innerhalb der letzten 20 Tage, DIC, PTP, TTP, andere DITP
Summe der Scores:		Anmerkung: Bei einer Score-Summe < 4 ist eine HIT II sehr unwahrscheinlich.		

HIT-Schnelltest: <input type="checkbox"/> Positiv <input type="checkbox"/> Negativ <input type="checkbox"/> Nicht durchgeführt	Heparin: <input type="checkbox"/> UFH <input type="checkbox"/> NMH zuletzt am: _____
---	---

Blutentnahme durch (bei Delegation): **Verantwortlich f. Probenidentität/Anforderung Laborleistung:**

Datum _____ Uhrzeit _____ Unterschrift _____ Name (Druckbuchstaben) _____	Datum _____ Uhrzeit _____ Unterschrift Arzt _____ Name (Druckbuchstaben) _____
---	--