



Einsender: _____

stationär privat (Wahlleistung)

Telefon für Rückfragen: _____

ambulant (Überweisungsschein) Krankenkasse

E-Mail für eilige Befunde: _____

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: _____ Therapieresistent: <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	■	Nachweis und Spezifizierung von thrombozytären Allo-antikörpern (z.B. V.a. Posttransfusionelle Purpura)	V	Heparin induzierte Thrombozytopenie (HIT Typ II) Bitte zusätzlich 4T Score ausfüllen!
V, E20	■	Nachweis und Spezifizierung von thrombozytären Auto-antikörpern (z.B. V.a. Immnthrombozytopenie)	V, M, U	Medikamenten-induzierte Immnthrombozytopenie * (DITP z.B. durch Antibiotika)
☉		Abklärung V. a. fetale / neonatale Alloimmunthrombozytopenie (FNAIT) Bitte zusätzliche Angaben ausfüllen!	C ■	Thrombasthenie Glanzmann GP IIb/IIIa * (Expressionsuntersuchung!)
V		Titerverlaufskontrolle * (z.B. Anti-HPA1a)	C ■	Bernard-Soulier-Syndrom GP Ib/IX * (Expressionsuntersuchung!)
V, E5		Nachweis und Spezifizierung freier HLA-Antikörper		

■ = nicht kühl lagern; V = Vollblut ohne Zusätze (10 ml Serumröhrchen); E5 = EDTA-Blut 5ml; E20 = EDTA-Blut 20 ml; C = Citratblut 7 ml; M = Medikament; U = Urin; * nicht akkreditiert / 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. fetale / neonatale Alloimmunthrombozytopenie (FNAIT):

Angaben der Mutter: (Name, Vorname, Geburtsdatum, Gravida/Para)	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 $10.000-19.000 / \mu\text{l}$ 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 Thrombozyten-abfall (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:		<i>Anmerkung: Bei einer Score-Summe < 4 ist eine HIT II sehr unwahrscheinlich.</i>		

HIT-Schnelltest: Positiv Negativ Nicht durchgeführt **Heparin:** UFH NMH zuletzt am: _____

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

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