

Anforderung Thrombozyten-Diagnostik/HLA-Diagnostik

Tel. 0671 253-163 Fax 0671 253-229

/Tel. 0671 253-121 Fax 0671 253 122

Patientendaten / Etikett

weiblich

männlich

Name: _____

Vorname: _____

Geb.-Dat.: _____

Anschrift: _____

Auftraggeber / Stempel

stationär GKV

Abrechnung mit KV: Überweisungsschein M10/ ggf. Rezept für Präparat(e) beilegen

stationär PKV (Privatpatient)

Selbstzahler (siehe Anschrift des Patienten)

Wird keines der zur Verfügung stehenden Felder angekreuzt, erfolgt Rechnungsstellung automatisch an den Auftraggeber!
Bei Selbstzahlern übernimmt der Einsender / Auftraggeber die Ausfallgarantie für die Kosten.

Diagnose

Aktuelle Fragestellung: _____

Thrombozytenzahl aktuell: _____ Gpt/l

Aktuelle Vortransfusionen: Erythrozyten: ja nein

Thrombozyten: ja nein

wann zuletzt _____

Schwangerschaften? ja, wann _____

nein

Aktuelle Medikation: _____

Gewünschte Untersuchungen

Röhrchen beschriften (Name, Vorname, Geb.-Dat.),
sonst keine Bearbeitung möglich.

Refraktärzustand nach Thrombozytentransfusion
HPA-Antikörper, HLA-Klasse I-Antikörper¹⁾ (10 ml EDTA-Blut + 10 ml Nativblut), ggf. HPA-Typisierung, HLA-A, -B-Typisierung niedrigauflösend¹⁾
Aktuell Transfusionsbedarf: ja nein

Thrombozytopenie unklarer Genese
(z.B. Autoimmun- oder Posttransfusionszytopenie)
(10 ml Nativblut + EDTA-Blut: 40 ml <20 Thr/nl, 30 ml <50 Thr/nl, 20 ml <150 Thr/nl)

Mutter-Kind-Unverträglichkeit (NAIT)
HPA- + HLA-Alloantikörper im mütterlichen Blut, ggf. HPA-Typisierung
(10 ml Nativblut + 10 ml EDTA-Blut der Mutter, 10ml EDTA-Blut des Kindsvaters, 2 ml EDTA-Blut des Kindes)

Heparin-induzierte Thrombozytopenie (HIT II)
Heparin/PF4-Antikörpernachweis (10 ml Nativblut)
Wichtig: klinische Angaben zur HIT bitte auf der Rückseite eintragen

HLA-Klasse I-Antikörper¹⁾ (10 ml Nativblut)

HLA-Typisierung vor Stammzell-/Knochenmark transplantation^{1), 2) b.w.} (10 ml EDTA-Blut)
Patient: HLA-A, -B, -C, -DRB1, -DQB1 hochauflösend
Patient: HLA Klasse I-Antikörper (10 ml Nativblut)
Verwandter: HLA-A, -B, -DRB1 niedrigauflösend, ggf. bei Kompatibilität HLA-A, -B, -C, -DRB1, -DQB1 hochauflösend

Sonstige HLA-Typisierungen (je 10 ml EDTA-Blut)

HLA-A, -B niedrigauflösend¹⁾

HLA niedrigaufl., Locus angeben (z.B. B*27)^{3) b.w.} _____

HLA hochaufl., Locus angeben (z.B. B*57:01)^{3) b.w.} _____

Blutentnahme / Datum, Uhrzeit _____

Entnehmende Person _____ Druckschrift o. Stempel

Anfordernde/r/ Arzt/Ärztin _____ Druckschrift o. Stempel

Erreichbar unter Tel.: _____

Befundmitteilung per Fax: _____

Ohne lesbaren Arztnamen ist die Anforderung ungültig und darf nicht bearbeitet werden.

Hinweise zur Anforderung von Thrombozyten-Diagnostik / HLA-Diagnostik

Klinische Angaben bei Verdacht auf eine HIT Typ II

Seit wann erhält der Patient Heparin? _____ Welches? UFH LMWH Anderes

Wann wurde die Heparintherapie beendet? _____ Dauer der Heparintherapie: _____

Thrombozytenzahl zu Beginn der Therapie: _____ Gpt/L

Thrombozytenzahl aktuell: _____ Gpt/L niedrigste Thrombozytenzahl unter Heparin _____ Gpt/L

Aktuelle Medikation: Orgaran Hirudin Argatroban NOAK i.V. IgG
 GPIIb/IIIa-Antagonisten Sonstiges _____

Besteht eine Sepsis? Ja Nein Verdacht

Klinische Kriterien	Score-Werte			Score-Wert bitte eintragen
	2	1	0	
Thrombozytopenie	≥20/nl bzw. >50% Abfall	10-19/nl bzw. 30-50% Abfall	<10/nl bzw. <30% Abfall	_____
Tag des Auftretens des Thrombozytenabfalls	Tag 5-10 nach Heparinbeginn oder Tag ≤1 bei früherer Heparintherapie (innerhalb der letzten 30 Tage)	Tag >10 nach Heparinbeginn oder unklar	Tag <4 nach Heparinbeginn (ohne vorangegangene Therapie)	_____
Thrombosen oder andere Komplikationen	Gesicherte neue Thrombose, Hautnekrosen, anaphylaktische Reaktion	Fortschreitende oder rezidivierende Thrombose, V.a. Thrombose, nichtnekrotisierende Hautläsionen	Keine	_____
Andere Gründe für Thrombopenie	keine	denkbar	wahrscheinlich	_____
Wahrscheinlichkeitsscore = Summe				=====

Klinische Wahrscheinlichkeit einer HIT Typ II:

Score 0–3: niedrig

Score 4–5: mittel

Score 6–8: hoch

1)  **EFI-akkreditierte Laborleistung DE-043.957**

2) HLA-Diagnostik bei Knochenmark-/Stammzelltransplantation:

Patient: Die reguläre Diagnostik umfasst neben der für die Transplantation erforderlichen hochauflösenden HLA-A, -B, -C, -DRB1 und -DQB1-Typisierung auch den Nachweis von HLA-Klasse I-Antikörpern. Letzterer ist für die Versorgung mit angepassten Thrombozytenpräparaten erforderlich. Sollte der HLA-Klasse I-Antikörpernachweis ausdrücklich nicht erwünscht sein, diesen Passus auf der Vorderseite bitte durchstreichen.

Verwandte Spender: Die Eingangsdiagnostik umfasst die niedrigauflösende HLA-A, -B und DRB1-Typisierung. Bei Kompatibilität mit dem Patienten wird die hochauflösende HLA-A, -B, -C, -DRB1 und -DQB1-Typisierung angeschlossen. Sollte die hochauflösende Typisierung des Verwandten ausdrücklich nicht gewünscht sein, diesen Passus auf der Vorderseite bitte streichen.

Vor Transplantation: Laut EFI-Standards ist als Minimalforderung eine **Bestätigung der HLA-A, B und DR-Typisierung von Empfänger und verwandtem Spender** aus einer neuen Probe zwingend vorgeschrieben!

3) HLA-Krankheits-Assoziationsuntersuchungen:

HLA-Krankheits-Assoziationsuntersuchungen gehören nicht zu den EFI-akkreditierten Leistungen des Labors. Bei Anforderung bitte die **Einwilligungserklärung des Patienten zu Gendiagnostischen Untersuchungen** beim Menschen (Gen-Diagnostik-Gesetz, GenDG) beifügen.