

## Anforderung Thrombozyten-Diagnostik / HLA-Diagnostik

Tel. 02102 189-125 Fax 02102 189-108

### 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 \_\_\_\_\_

Aktuelle Vortransfusionen: Erythrozyten:  ja  nein Thrombozyten:  ja  nein

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-Antikörper (10 ml EDTA-  
Blut + 10 ml Nativblut), ggf. HPA-Typisierung,  
HLA-A, -B-Typisierung niedrigauflösend  
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)

**Medikamenten-induzierte Thrombozytopenie**  
HPA-Antikörper (10 ml EDTA-Blut)  
Unbedingt Medikament mitschicken!

**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)  
Klinische Angaben zur HIT bitte auf der Rückseite

**HLA-Klasse I-Antikörper** (10 ml Nativblut)

**HLA-Typisierung vor Stammzell-/Knochenmark  
transplantation** (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 niedrigauflösend

HLA niedrigaufl., Locus angeben (z.B. B\*27) \_\_\_\_\_

HLA hochaufl., Locus angeben (z.B. B\*57:01) \_\_\_\_\_

Blutentnahme / Datum, Uhrzeit \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift entnehmende Person**

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift anfordernde/r/ Arzt/Ärztin**

Erreichbar unter Tel.: \_\_\_\_\_

Befundmitteilung per Fax: \_\_\_\_\_

Ohne Arztunterschrift keine Bearbeitung



## Hinweise zur Anforderung von Thrombozyten-Diagnostik / HLA-Diagnostik

### Klinische Angaben bei Verdacht auf eine HIT Typ II

Seit wann erhält der Patient Heparin? \_\_\_\_\_

Welches Heparinpräparat? \_\_\_\_\_

Wann wurde die Heparintherapie beendet? \_\_\_\_\_

Thrombozytenzahl zu Beginn der Therapie: \_\_\_\_\_

Thrombozytenzahl aktuell: \_\_\_\_\_

Erhält der Patient ein alternatives Antikoagulans? \_\_\_\_\_

Besteht eine Sepsis? \_\_\_\_\_

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, nicht-nekrotisierende Hautläsionen	Keine	
Andere Gründe für Thrombopenie	keine	denkbar	wahrscheinlich	
<b>Wahrscheinlichkeitsscore = Summe</b>				

### Klinische Wahrscheinlichkeit einer HIT Typ II:

Score 0-3: niedrig

Score 4-5: mittel

Score 6-8: hoch

### 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 auf 2-digit-Niveau 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.