DRK-Blutspendedienst West gemeinnützige Gesellschaft mit beschränkter Haftung

der Landesverbände Nordrhein, Westfalen-Lippe, Rheinland-Pfalz und Saarland

E-Mail: leukozytenlabor@bsdwest.de



DRK-Blutspendedienst West

Anforderung Leukozytenlabor

Tel. 02331 807-378 od. -646, Fax: 02331 807-317, E-Mail: leukozytenlabor@bsdwest.de

Einsender:		DRK-Blutspendedienst West		
		Labor für Leukozyten- und Thrombozytenimmunologie		
		Feithstraße 182, 58097 Hagen		
Name (Patient/in):		Klinik/Station:		
Vorname:		Entnahmedatum:		
GebDatum: m w		Beh. Ärztin/Arzt, TelNr.:		
Einsendung täglich per Post Ich bitte um Untersuchung auf Ueuko-/granulozytäre Uthrombozytäre Antikörper				
Abrechnung an Auftraggeber §116b SGB				
Abrechnung mit KV (bitte Überweisungsschein M 10 beilegen)				
Rechnung an Patienten (Selbstzahler, vollständige Adresse des Patienten angeben)				
Klinische Fragestellung / Verdach	ntsdiagnose:			
Seit wann besteht die Erkrankung?				
Gibt es Hinweise auf eine medikamentinduzierte Zytopenie? Hämolyse?		nein ja, verdächtiges Medikament		
Gab es vor Beginn der Erkrankung einen (viralen) Infekt? Wann?		☐ nein ☐ ja, → wann ?		
Wurden (zuvor) Transfusionen verabreicht?		$\ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ $		
Bestanden Schwangerschaften?		☐ nein ☐ ja, → wie viele ?		
Kam es zu Aborten?		☐ nein ☐ ja, → wie viele ?		
vergrößerte Milz nein ja		Gabe von IVIG ☐ nein ☐ ja, → wann?		
Knochenmark:				
Blutbild (mit verw. Einheiten) Erythrozytenzahl: Hb: Thrombozyt		ten:	Leukozyten:	abs. Neutrophilenzahl:
Andere wesentliche Befunde oder Vorerkrankungen:				
Fragestellung	erbetenes Untersuchungsmaterial			
Antikörper gg. Leuko- / Granulozyten	Erwachsene: 10 ml EDTA-Blut Kinder: je nach Körpergröße 3-10 ml EDTA-Blut (bei V.a. TRALI bitte auch Material vom Spender bzw. Blutprodukt schicken!)			
Antikörper gg. Thrombozyten	Erwachsene: 20 ml EDTA-Blut (bei Thrombozyten< 20.000/µl 40ml EDTA-Blut) Kinder: je nach Körpergröße 3-15 ml EDTA-Blut			
Neugeborenenthrombozytopenie Neugeborenenneutropenie	Kind: 1 ml EDTA-Blut Vater: 10 ml EDTA-Blut Mutter: 10 ml EDTA-Blut (bei mütterlicher Thrombozytopenie 20 ml EDTA-Blut)			
(Ort, Datum, Stempel) Unterrschrift des Einsenders				

DOK-Nr.: 13-QL-10-011, Version 01

