

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:
Geb.-Datum: <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	Beh. Ärztin/Arzt, Tel.-Nr.:

Einsendung täglich per Post

Ich bitte um Untersuchung auf leuko-/granulozytäre thrombozytäre Antikörper

<input type="checkbox"/> Abrechnung an Auftraggeber <input type="checkbox"/> §116b SGB
<input type="checkbox"/> Abrechnung mit KV (bitte Überweisungsschein M 10 beilegen)
<input type="checkbox"/> Rechnung an Patienten (Selbstzahler, vollständige Adresse des Patienten angeben)

Klinische Fragestellung / Verdachtsdiagnose:

Seit wann besteht die Erkrankung?	
Gibt es Hinweise auf eine medikamentinduzierte Zytopenie? Hämolyse?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, verdächtiges Medikament
Gab es vor Beginn der Erkrankung einen (viralen) Infekt? Wann?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, → wann ?
Wurden (zuvor) Transfusionen verabreicht?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, → bitte Art und Zahl angeben:
Bestanden Schwangerschaften?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, → wie viele ?
Kam es zu Aborten?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, → wie viele ?
vergrößerte Milz <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Gabe von IVIG <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, → wann ?
Knochenmark:	
Blutbild (mit verw. Einheiten) Erythrozytenzahl:	Hb: Thrombozyten:
	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
Neugeborenthrombozytopenie 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)

Unterschrift des Einsenders