DRK-Blutspendedienst West
gemeinnützige Gesellschaft mit beschränkter Haftung
der Landesverbände Nordrhein, Westfalen-Lippe, Rheinland-Pfalz und Saarland

Bad Kreuznach, Burgweg 5–7, 55543 Bad Kreuznach
Tel.: 0671 253-162 (Thrombozyten) FAX: 0671 253-229 (Thrombozyten)
Tel.: 0671 253-121 (HLA) FAX: 0671 253-122 (HLA)
Breitscheid, Linneper Weg 1, 40885 Ratingen
Tel.: 02102 189-201 FAX: 02102 189-108

Deutsches Rotes Kreuz

DRK-Blutspendedienst West

Anforderung Thrombozyten-Diagnostik / HLA-Diagnostik

Anforderungen werden ggf. an das durchführende Labor in Breitscheid oder Bad Kreuznach weitergeleitet.

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-Antikörper[1)] (10 ml EDTA-Blut + 10 ml Nativblut), ggf. HPA-Typisierung, HLA-A, -B-Typisierung niedrigauflösend[1)]
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-Antikörper**
(10 ml Nativblut) HLA-Klasse I-Antikörper-Screening, ggf. Differenzierung[1)]

☐ **HLA-Typisierung vor Stammzell-/Knochenmark transplantation**[1), 2) b.w.] (10 ml EDTA-Blut)
Patient: HLA-A, -B, -C, -DRB1, -DQB1, -DPB1 hochauflösend
Patient: HLA Klasse I-Antikörper (10 ml Nativblut)
Verwandter: HLA-A, -B, -DRB1 niedrigauflösend, ggf. bei Kompatibilität HLA-A, -B, -C, -DRB1, -DQB1,-DPB1 hochauflösend

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

☐ HLA-A, -B niedrigauflösend[1)]

☐ 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.

DRK-Blutspendedienst West
gemeinnützige Gesellschaft mit beschränkter Haftung
der Landesverbände Nordrhein, Westfalen-Lippe, Rheinland-Pfalz und Saarland

Deutsches Rotes Kreuz

DRK-Blutspendedienst West

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] **Diese Leistungen sind am Zentrum für Transfusionsmedizin Bad Kreuznach akkreditiert nach EFI-Standards 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, -DQB1 und -DPB1-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, -DQB1 und -DPB1-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-Diagntik-Gesetz, GenDG) beifügen.