

## 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<sup>1)</sup> (10 ml EDTA-  
Blut + 10 ml Nativblut), ggf. HPA-Typisierung,  
HLA-A, -B-Typisierung niedrigauflösend<sup>1)</sup>  
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<sup>1)</sup>

**HLA-Typisierung vor Stammzell-/Knochenmark  
transplantation**<sup>1), 2) b.w.</sup> (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<sup>1)</sup>

HLA niedrigaufl., Locus angeben (z.B. B\*27)<sup>3) b.w.</sup> \_\_\_\_\_

HLA hochaufl., Locus angeben (z.B. B\*57:01)<sup>3) b.w.</sup> \_\_\_\_\_

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	
<b>Thrombozytopenie</b>	≥20/nl bzw. >50% Abfall	10-19/nl bzw. 30-50% Abfall	<10/nl bzw. <30% Abfall	_____
<b>Tag des Auftretens des Thrombozytenabfalls</b>	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)	_____
<b>Thrombosen oder andere Komplikationen</b>	Gesicherte neue Thrombose, Hautnekrosen, anaphylaktische Reaktion	Fortschreitende oder rezidivierende Thrombose, V.a. Thrombose, nichtnekrotisierende Hautläsionen	Keine	_____
<b>Andere Gründe für Thrombopenie</b>	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

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 Minимальforderung 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.