|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Einsender** |

|  |
| --- |
| **Medizinisches Versorgungszentrum**  |
| **DRK-Krankenhaus Clementinenhaus GmbH** |
| Betriebsstätte: 31830 Springe, Eldagsener Straße 38 |
| Ärztliche Leitung: PD Dr. med. Franz Wagner |
| Spezialisierter Facharzt: Dr. med. Torsten J Schulze |

 |
| **Name** (Patient/in):     **Vorname:**     Geb.-Datum:      | Klinik:/Station:     Entnahmedatum:     beh. Ärztin/Arzt, Tel.-Nr.:      |

**Einsendung täglich per Post**

**Beratung: Tel.:** 05041-772 250, **Fax:** 05041-772-401 **e-mail:** NeIH-Labor@bsd-nstob.de / torsten.schulze@bsd-nstob.de

**Ich bitte um Untersuchung auf** [ ]  **leuko-/granulozytäre** [ ]  **thrombozytäre Antikörper**

|  |
| --- |
| [ ]  Abrechnung an Auftraggeber[ ]  Abrechnung mit KV (bitte Überweisungsschein M 10 beilegen)[ ]  Rechnung an Patienten (Selbstzahler, vollständige Adresse des Patienten angeben)       |
| **Klinische Fragestellung / Verdachtsdiagnose:**       |

|  |  |
| --- | --- |
| Seit wann besteht die Erkrankung? |       |
| Gibt es Hinweise auf eine medikamentinduzierteZytopenie? Hämolyse? | [ ]  nein [ ]  ja, verdächtiges Medikament: (bitte Musterunbedingt mitschicken!): |
| Gab es vor Beginn der Erkrankung einen(viralen) Infekt? Wann? | [ ]  nein [ ]  ja, [ ]  wann ?       |
| Wurden (zuvor) Transfusionen verabreicht? | [ ]  nein [ ]  ja, [ ]  bitte Art und Zahl angeben:       |
| Bestanden Schwangerschaften?Kam es zu Aborten? | [ ]  nein [ ]  ja, [ ]  wie viele ?      [ ]  nein [ ]  ja, [ ]  wie viele ?       |
| vergrößerte Milz [ ]  nein [ ]  ja | Gabe von IVIG [ ]  nein [ ]  ja, [ ]  wann ?       |
| Knochenmark: |
| **Blutbild (mit verw. Einheiten)**Erythrozytenzahl:       | Hb:      Thrombozyten:       | Leukozyten / abs. Neutrophilenzahl:       |
| Andere wesentliche Befunde od. 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, 10 ml Nativblut ohne gerinnungshemmende Zusätze**Kinder:** je nach Körpergröße 3-15 ml EDTA-Blut, 3-10 ml Nativblut |
| NeugeborenenthrombozytopenieNeugeborenenneutropenie | **Kind:** 1 ml EDTA-Blut **Vater:** 10 ml EDTA-Blut**Mutter:** 10-15 ml Nativblut ohne gerinnungshemmende Zusätze, 10 ml EDTA-Blut (beimütterlicher Thrombozytopenie 20 ml EDTA-Blut) |

 (Ort, Datum, Stempel) Unterschrift des Einsenders