|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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](mailto:NeIH-Labor@bsd-nstob.de) / [torsten.schulze@bsd-nstob.de](mailto: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 medikamentinduzierte  Zytopenie? Hämolyse? | | nein  ja, verdächtiges Medikament: (bitte Muster  unbedingt 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 |
| Neugeborenenthrombozytopenie  Neugeborenenneutropenie | **Kind:** 1 ml EDTA-Blut **Vater:** 10 ml EDTA-Blut  **Mutter:** 10-15 ml Nativblut ohne gerinnungshemmende Zusätze, 10 ml EDTA-Blut (bei  mütterlicher Thrombozytopenie 20 ml EDTA-Blut) |

(Ort, Datum, Stempel) Unterschrift des Einsenders