



Spezielle Immunhämatologie und Gendiagnostik



Einsender	Stempel erbeten	65/72501	 Dr. med. Ulrich Pachmann Arzt für Transfusionsmedizin Kurpromenade 2, 95448 Bayreuth Tel.: 0921 / 85 02 01 - Fax: 0921 / 85 02 03 e-mail: TZB.info@t-online.de; Website: www.laborpachmann.de Proben-Annahme: Mo. - Fr. 8 - 18 Uhr, Sa. 10 - 12 Uhr Sprechstunden: Di. u. Do. 10 - 11 Uhr u. nach Vereinbarung
	Name <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	Geburtsdatum	Privat versichert: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn "ja", bitte Adresse:

Patient	Name <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	Geburtsdatum	Privat versichert: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn "ja", bitte Adresse:
	Vorname		

Anamnese	<u>Diagnose/Fragestellung:</u>	<u>Befund vom:</u> Leukozyten _____
		Thrombozyten _____
	<u>Therapie/Medikation:</u>	Erythrozyten _____
	<u>Besondere Hinweise</u> <u>z.B. Transfusionsunverträglichkeiten:</u>	Lymphozyten _____
		<u>Transfusionen:</u> ja, zuletzt am: _____
		Thrombozyten: _____
		Erythrozyten: _____
		Frischplasma: _____

Untersuchungen	Thrombozyten	Blutungsneigung
	<input type="checkbox"/> Heparin-induzierte Thrombozytopenie (HIT) ☆ (1+2)	<input type="checkbox"/> Abklärung Blutungsneigung (Rspr.) (1+2+2x4+8+11)
	<input type="checkbox"/> HIT incl. Fondaparinux/Pentasaccharid ☆ (1+2)	<input type="checkbox"/> Hemmkörper für Gerinnungsfaktor Nr.: _____ (Rspr.) (4)
	<input type="checkbox"/> Abklärung Thrombozytopenie (ITP, M. Werlhof) (1+5)	<input type="checkbox"/> von Willebrand-Faktor incl. Multimeranalyse (4)
	<input type="checkbox"/> Thrombozytopenie des Neugeborenen (NAIT) ☆ (3+12)	<input type="checkbox"/> ADAMTS 13 Auto-Antikörper (9)
	<input type="checkbox"/> Medikament-induzierte Thrombozytopenie (1+5+6)	<input type="checkbox"/> ADAMTS 13 Aktivität (9)
	<input type="checkbox"/> Transfusionskomplikation (2+6)	<input type="checkbox"/> Kollagen-Bindungsaktivität (4)
	<input type="checkbox"/> Thrombozyten-Verträglichkeitsprobe ☆ (2+6)	<input type="checkbox"/> Faktor-VIII-Bindungskapazität (9)
	<input type="checkbox"/> Thrombozytopathie (2+4)	Thrombosegefahr (Fragebogen rückseitig bitte ausfüllen)
	<input type="checkbox"/> erworbene (plasmatische Inhibitoren) (4)	<input type="checkbox"/> Clopidogrel-Resistenz (innen 48 h im Labor) (4)
	<input type="checkbox"/> angeborene (Glanzmann, Bernard-Soulier) ☆ (2)	<input type="checkbox"/> ASS-Resistenz (innen 2 ½ Std im Labor) ☆ (10)
	<input type="checkbox"/> in vitro-Arteriolenverschlusszeit (innen 2 ½ Std im Labor) ☆ (10)	<input type="checkbox"/> Abklärung Thromboseneigung (Rspr.) (1+2+4+8+11)
	<input type="checkbox"/> Humane Plättchen-Antigene (HPA-Typisierung) (2+11)	<input type="checkbox"/> ThromboTRAC <input type="checkbox"/> *(2+4) <input type="checkbox"/> **(2+4+11) <input type="checkbox"/> **** (2+4+8+11)
	Erythrozyten	<input type="checkbox"/> Thrombophilie-Gene (7 Hauptrisiken) (2+11)
	<input type="checkbox"/> M. haemolyticus neonatorum (3)	<input type="checkbox"/> v Faktor V Leiden (Faktor V G1691A) (2+11)
<input type="checkbox"/> Abklärung Hämolyse (1+2)	<input type="checkbox"/> v Faktor V HR2 Haplotyp (Faktor V Ferrara) (2+11)	
<input type="checkbox"/> Medikament-induzierte Immhämolyse ☆ (1+2+6)	<input type="checkbox"/> v Faktor II G20210A (Prothrombin-Expression) (2+11)	
<input type="checkbox"/> Transfusionskomplikation (2+6)	<input type="checkbox"/> a HPA 1b (Fibrinogenrezeptor) (2+11)	
<input type="checkbox"/> Paroxysmale nächtliche Hämoglobinurie (2)	<input type="checkbox"/> a GP Ia C807T (Kollagenrezeptor-Expression) (2+11)	
<input type="checkbox"/> (PNH, zyklische Hämolyse)	<input type="checkbox"/> av MTHFR C677T (Endothelrisiko) (2+11)	
<input type="checkbox"/> biphasische (Donath-Landsteiner-) Kälteantikörper (1+2)	<input type="checkbox"/> avm PAI-1 -675 4G (Fibrinolyse-Retard.) (2+11)	
Leukozyten	Lupus	
<input type="checkbox"/> Immun-Leukozytopenie (1+2)	<input type="checkbox"/> Abklärung Antiphospholipid-Syndrom (4)	
<input type="checkbox"/> Medikament-induzierte Leukozytopenie (Rspr.) (1+2+6)	MAINTRAC® (bitte speziellen Untersuchungsantrag anfordern)	
<input type="checkbox"/> Transfusions-assoziierte Lungeninsuffizienz (TRALI) (7)	<input type="checkbox"/> MAINTRAC® zirkulierende Tumorzellen, quantitativ, bei (2)	
<input type="checkbox"/> Immunstatus (B, T, T _H , T _S , NK-Zellen) ☆ (2)	<input type="checkbox"/> Mamma-Karzinom <input type="checkbox"/> Sarkom	
Sonstiges:	<input type="checkbox"/> Prostata-Karzinom <input type="checkbox"/> Sonstigen Tumoren:	
	<input type="checkbox"/> Bronchial-Karzinom	
	<input type="checkbox"/> Darm-Karzinom	
	<input type="checkbox"/> Melanom <input type="checkbox"/> Tumor unbekannter Herkunft	
Untersuchungsmaterial:	zusätzlich auf MAINTRAC-Zellen (bitte speziellen Untersuchungsantr.anf.)	
(1) 4ml Serum (2) 5ml EDTA-Blut (3) 2ml EDTA-Blut des Neugeborenen und je 6 ml von Mutter und Vater (4) 5ml Citratblut (5) 20ml EDTA-Blut	<input type="checkbox"/> Her2/neu-Amplifikation (FISH), quantitativ	
(6) 5ml Urin u. Medikament-Proben (je 1 Tagesdosis) bzw. Konservenbeutel (7) 4ml Serum u. 5ml EDTA-Blut von Spender u. Empfänger	<input type="checkbox"/> Apoptose-Nachweis (TUNEL)	
(8) Homocystein-Röhrchen (9) 2ml Citratplasma gefroren	<input type="checkbox"/> Anti-Tumorzell-Antikörper	
(10) PFA-Röhrchen innerh. 2h im Labor (11) Eiverständniserklärung erforderlich, s. Rückts. (12) separate Einverständniserklärung, bitte anf.	<input type="checkbox"/> Ki67 (Wachstumsfraktion) und Zellzyklusanalyse	
Index: a arterielles Embolierisiko v venöses Thromboserisiko	<input type="checkbox"/> Rezeptoren auf zirkulierenden Tumorzellen	
m Metastasierungsrisiko	<input type="checkbox"/> Östrogen <input type="checkbox"/> c-kit (Stammzellfaktor) <input type="checkbox"/> Androgen	
Rspr. Rücksprache erbeten unter Tel. 0921 / 850 201	<input type="checkbox"/> Progesteron <input type="checkbox"/> Epidermaler Wachstumsfaktor (EGF)	
☆ Probenbearbeitung am selben Arbeitstag bei Proben-eingang Mo - Fr bis 14 Uhr und Sa bis 12 Uhr	<input type="checkbox"/> Tumorstammzellen	
	<input type="checkbox"/> Cytochemosensitivität	

Anford. Arzt	Unterschrift/Hdz:	Datum:	bitte zusenden:
	Name	Telefon:	Untersuchungsanträge für:
	<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr Dr.	Telefax:	<input type="checkbox"/> Labor
		Anmerkungen:	<input type="checkbox"/> Maintrac
			Information zu:



Fragebogen zum Thromboserisiko



Gruppe I: Ihre persönlichen Angaben

Geburtsdatum:..... Geschlecht: männlich weiblich
 Körpergröße (cm): Körpergewicht (kg):

Gruppe II: Ihre persönlichen Risikofaktoren

Sind Sie Raucher? Ja Nein
 Wie viele Zigaretten pro Tag? Stück

Sind Sie schwanger? Ja Nein
 Nehmen Sie die Pille? Ja Nein
 Nehmen Sie Hormone ein? Ja Nein

Leiden Sie unter Krampfadern? Ja Nein
 Haben Sie bereits eine Thrombose erlitten? Ja, wie oft? Nein
 Leiden Sie an einer bösartigen Erkrankung (z.B. Tumor)? Ja Nein
 Welche?.....Erstdiagnose:..... Stadium:.....

Sind Sie z.Zt. in Behandlung mit einer Chemotherapie? Ja Nein
 Welche?.....
 Sind sie bettlägrig? Ja Nein
 Zustand nach Operationen welcher Körperregion?.....

Leiden Sie unter Lupuserkrankung? Ja Nein
 Leiden Sie an Herzinsuffizienz? Ja Nein
 Leiden Sie an Diabetes mellitus? Ja Nein

Gruppe III: Ihre persönlichen Schutzfaktoren

Treiben Sie regelmäßig Sport? Ja Nein
 pro Woche? mal
 Sind Sie z.Zt. in Thrombolyse mit Heparin-Präparaten? Ja Nein
 Sind Sie z.Zt. in Thrombolyse mit Marcumar-Präparaten? Ja Nein

Tragen Sie Kompressionsstrümpfe? Ja Nein

Gruppe IV: Ihre familiäre Risikobelastung

Wie viele Verwandte 1. Grades haben/hatten Sie? (Kinder, Geschwister, Eltern, auch Verstorbene)
 Wie viele Verwandte 2. Grades haben/hatten Sie? (Enkel, Großeltern, auch Verstorbene)
 Hatten diese Verwandten jemals Thrombosen/Lungenembolien? Ja Nein
 Wie viele Thrombosen/Lungenembolien haben sich zugetragen?
 Wie viele davon haben sich vor dem 50. Lebensjahr ereignet?
 Wie viele der Erkrankten leiden/litten gleichzeitig unter Diabetes mellitus?

Gruppe V: Ihre Risikofaktoren im Blut(falls bekannt)

Blutgruppe		PAI-1-675(4G)		Protein C	
F-V-Leiden		MTHFR C677T		Protein S	
F-V-Ferrara		F-VIII		Antithrombin	
F-II-G20210A		D-Dimere		Homocystein	

Hiermit erteile ich Ihnen den Auftrag zur Berechnung meines Thromboserisikos mittels ThromboTRAC® und zur Erstellung meines persönlichen ThromboTRAC®-Gutachtens

Vorname:..... Nachname:.....
 Straße:..... PLZ/Ort:.....
 Telefon:..... E-mail:.....

1. Erklärung nach dem GenDiagnostik-Gesetz: Ich wurde über Zweck, Art und Umfang der obenstehenden Thrombophilie-Faktoren aufgeklärt und wünsche deren Bestimmung. Ich kann mein Einverständnis jederzeit widerrufen.

2. Erklärung und Anordnung:
 - Das Labor Dr. Pachmann darf meine Ergebnisse nicht weitergeben, außer an mich persönlich und an meinen überweisenden Arzt.
 - Das Probenmaterial soll nicht länger als hierfür erforderlich aufbewahrt werden.

Ort/Datum Unterschrift