

(Stempel Einsender)

Prof. Dr. med. Thomas Thiele
Institut für Transfusionsmedizin
Universitäres Notfallzentrum (UNZ)
Schillingallee 35
18057 Rostock

Patient:

Name:

Vorname:

Geb.-Datum:

Klinik/Station

beh. Arzt:

Tel./Fax:

Einsendung täglich per Post
Beratung in Notfällen Tel.: 0381 494 7680, Fax: 0381 494 7694
(Tel. außerhalb der regulären Dienstzeit 0381 494 7453)
thomas.thiele@med.uni-rostock.de

Ich bitte um Untersuchung auf thrombozytäre¹ erythrozytäre granulozytäre Antikörper HIT²

Kostenträger:
Klinische Fragestellung: ³

Seit wann besteht die Erkrankung?	
Traten vergleichbare Zustände (Anämie, Leukozytopenie, Thrombozytopenie) früher schon einmal auf? Wenn ja, wann?	
Besteht z. Zt. Eine Infektionskrankheit? Besteht z. Zt. Fieber?	
Gab es vor Beginn der Erkr. einen (viralen) Infekt? Wann?	
Hinweise auf eine medikamenteninduzierten Thrombozytopenie oder Hämolyse?	
Hinweise auf eine heparininduzierte Thrombozytopenie (HIT)	
Wurden (zuvor) Transfusionen verabreicht? Wenn ja, möglichst umfassende Angaben erbeten.	
Bestanden Schwangerschaften? Kam es zu Aborten?	
Wichtige bisher erhobene Befunde	

¹Bei allen Anforderungen auf thrombozytäre Antikörper bitte angeben, wenn Patient mit **ReoPro** (Abciximab) behandelt wird oder wenige Tage zuvor behandelt wurde.

²Antikörper der heparininduzierten Thrombozytopenie. Für die Übermittlung weiterer Angaben/ weitere Informationen (u. a. HIT-Score) HIT-Einsendebogen verwenden!

³Schlüssel für klinische Fragestellungen: **TP**: Thrombozytopenie unklarer Genese; **AITP**: Autoimmunthrombozytopenie; **MIT**: medikamentinduzierte Immunthrombozytopenie; **FNTR**: febrile, nichthämolytische Transfusionreaktionen; **RT**: Refraktärzustand gegenüber Thrombozytentransfusionen; **XMatch**: Crossmatch-Untersuchung; **PTP**: Posttransfusionelle Purpura; **NAIT**: Neonatale Alloimmunthrombozytopenie; **PIAg**: Typisierung thrombozytärer Alloantigene; **TRALI**: Transfusionsassoziierte akute Lungeninsuffizienz; **ANN**: Alloimmune neonatale Granulozytopenie; **AIN**: Autoimmunneutropenie; **AIHA**: Autoimmunhämolytische Anämie; **MIH**: medikamentinduzierte Immunhämolyse; **HIT**: heparininduzierte Thrombozytopenie; **sonstige Untersuchungen bitte spezifizieren.**

Milzgröße:	Leber:	
Blutbild (mit verw. Einheiten)		
Thrombozyten:	Hb:	Erythrozytenzahl:
Retikulozyten:	Leukozyten:	
Diff.-Blutb.:		
Knochenmark:		
Plasmatische Gerinnung:		
Hämatologische Diagnose/ Verdachtsdiagnose:		

Fragestellung	erbetenes Untersuchungsmaterial
AITP, MIT, TP, PTP, AIHA, MIH	Erwachsene: 15 ml EDTA-Blut, 7,5 ml Nativblut ohne gerinnungshemmende Zusätze Kinder: in Abhängigkeit von der Körpergröße 3-15 ml EDTA-Blut, 3 - 7,5 ml Nativblut ohne gerinnungshemmende Zusätze
FNHTR, RT, TRALI, ANN, AIN	7,5 ml Nativblut ohne gerinnungshemmende Zusätze; wenn nur Verträglichkeitsprobe erwünscht, bitte angeben, in diesem Falle zusätzlich 7,5 ml EDTA-Blut des Blutspenders erbeten
Thrombozytäre/granulozytäre Alloantigene, molekularbiol. Bestimmung von Blutgruppen (nach Rücksprache)	7,5 ml EDTA-Blut
Neugeborenenenthrombozytopenie	Kind: 0,5 ml EDTA-Blut, Mutter: (bitte Namen und Geb.-Datum angeben) 7,5 ml Nativblut ohne gerinnungshemmende Zusätze, 7,5 ml EDTA-Blut (bei mütterlicher Thrombozytopenie 15 ml EDTA-Blut) Vater: (bitte Namen und Geb.-Datum angeben) 7,5 ml EDTA-Blut
Neonatale (alloimmune) Neutropenie	Kind: 0,5 ml EDTA-Blut, Mutter: (bitte Namen und Geb.-Datum angeben) 7,5 ml Nativblut ohne gerinnungshemmende Zusätze 1 ml EDTA-Blut Vater: (bitte Namen und Geb.-Datum angeben) 1 ml EDTA-Blut

Ort, Datum, Stempel

Unterschrift des Einsenders