

Anforderungsschein 2

Patient (Etikette)	
Nach- u. Vorname:	
Geb.-Dat.:	Geschl.: <input type="checkbox"/> m. <input type="checkbox"/> w.
SV-Nr.:	Vers.:
Abteilung:	Tel.Nr.:
Befund retour via: <input type="checkbox"/> Fax <input type="checkbox"/> Post	

Einsender (Stempel)
Datum und Unterschrift:

Fragestellungen + Diagnosen (verpflichtend)
--

Dieses Feld ist bitte verpflichtend auszufüllen:

<input type="checkbox"/> ja (Blutabnahme erfolgte im Einsenderlabor)	Datum: _____ Uhrzeit: _____
<input type="checkbox"/> nein (Blutabnahme erfolgte <u>nicht</u> im Einsenderlabor)	

Gewünschte Anforderungen bitte ankreuzen - telefonische Rückfragen an: (0)5 7680 83-1825

Hämatologie	
Material: 1 Röhrchen EDTA-Blut	
<input type="checkbox"/>	Blutbild
<input type="checkbox"/>	Differentialblutbild
<input type="checkbox"/>	Reticulozyten rel. (‰)
Material: 1 Röhrchen EDTA-Blut + 1 Serumröhrchen	
<input type="checkbox"/>	Malaria

Flowzytometrie - Lymphozytentypisierung			
Material: 1 Röhrchen EDTA-Blut			
<input type="checkbox"/>	Aktivierungsprogramm	<input type="checkbox"/>	Akute Leukämie
<input type="checkbox"/>	T4/T8-Ratio	<input type="checkbox"/>	PNH
<input type="checkbox"/>	NHL-Programm	<input type="checkbox"/>	

Gerinnung			
Material: 1 Röhrchen Citrat-Plasma			
Probentransport <u>innerhalb</u> von 2 Stunden: Nur gekühltes Plasma versenden			
Probentransport <u>über</u> 2 Stunden: Nur tief gefrorenes Plasma versenden			
Bekanntgabe erforderlich → Dosis und Medikation:			
<input type="checkbox"/>	PTZ (Prothrombinz.)	<input type="checkbox"/>	C1-Inhibitor Akt.
<input type="checkbox"/>	aPTT	<input type="checkbox"/>	LMW-Heparin (a-Fxa Akt.)
<input type="checkbox"/>	Fibrinogen		
<input type="checkbox"/>	AT III Aktivität		
<input type="checkbox"/>	Protein C + Protein S		
<input type="checkbox"/>	Thrombinzeit		
<input type="checkbox"/>	D-Dimer		
<input type="checkbox"/>	APC Resistenz (Ratio)		
Material: 1 Röhrchen Citrat-Plasma			
<input type="checkbox"/>	Faktor II Aktivität	<input type="checkbox"/>	Faktor X Aktivität
<input type="checkbox"/>	Faktor V Aktivität	<input type="checkbox"/>	Faktor XI Aktivität
<input type="checkbox"/>	Faktor VII Aktivität	<input type="checkbox"/>	Faktor XII Aktivität
<input type="checkbox"/>	Faktor VIII Akt.	<input type="checkbox"/>	Faktor XIII Akt.
<input type="checkbox"/>	Faktor IX Aktivität	<input type="checkbox"/>	v. Willebrand Fak.
Material: 1 Röhrchen Citrat-Plasma			
<input type="checkbox"/>	Lupus Antikoagulans		
<input type="checkbox"/>	Phospholipid AK Screen		

Kontrolletikette

Version:
31.10.2019