

<b>Einsender</b>	<b>DRK-Blutspendedienst West</b> Labor für Leukozyten- und Thrombozytenimmunologie Dr. med. Angelika Reil Feithstraße 182, <b>58097 Hagen</b>
<b>Name (Patient/in):</b>	Klinik:/Station:
<b>Vorname:</b>	Entnahmedatum:
Geb.-Datum:	beh. Ärztin/Arzt, Tel.-Nr.:

**Einsendung täglich per Post**

**Beratung: Tel.:** 02331-807 560 od. 378, **Fax:** 02331-88 13 26 **e-mail:** J.Bux@bsdwest.de / A.Reil@bsdwest.de

Ich bitte um Untersuchung auf  leuko-/granulozytäre  thrombozytäre Antikörper

<input type="checkbox"/> Abrechnung an Auftraggeber
<input type="checkbox"/> Abrechnung mit KV (bitte Überweisungsschein M 10 beilegen)
<input type="checkbox"/> Rechnung an Patienten (Selbstzahler, vollständige Adresse des Patienten angeben)
<b>Klinische Fragestellung / Verdachtsdiagnose:</b>

Seit wann besteht die Erkrankung?	
Gibt es Hinweise auf eine medikamentinduzierte Zytopenie? Hämolyse?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, verdächtiges Medikament: (bitte Muster unbedingt mitschicken!):
Gab es vor Beginn der Erkrankung einen (viralen) Infekt? Wann?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, → wann ?
Wurden (zuvor) Transfusionen verabreicht?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, → bitte Art und Zahl angeben:
Bestanden Schwangerschaften? Kam es zu Aborten?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, → wie viele ? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, → wie viele ?
vergrößerte Milz <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Gabe von IVIG <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, → wann ?
Knochenmark:	
<b>Blutbild (mit verw. Einheiten)</b>	Hb: <input type="text"/>
Erythrozytenzahl:	Thrombozyten: <input type="text"/>
Leukozyten / abs. Neutrophilenzahl: <input type="text"/>	
Andere wesentliche Befunde od. Vorerkrankungen:	

Fragestellung	erbetenes Untersuchungsmaterial
Antikörper gg. Leuko- / Granulozyten	<b>Erwachsene:</b> 10 ml EDTA-Blut, <b>Kinder:</b> je nach Körpergröße 3-10 ml EDTA-Blut <b>(bei V.a. TRALI bitte auch Material vom Spender bzw. Blutprodukt schicken!)</b>
Antikörper gg. Thrombozyten,	<b>Erwachsene:</b> 20 ml EDTA-Blut, 10 ml Nativblut ohne gerinnungshemmende Zusätze <b>Kinder:</b> je nach Körpergröße 3-15 ml EDTA-Blut, 3-10 ml Nativblut
Neugeborenenenthrombozytopenie	<b>Kind:</b> 1 ml EDTA-Blut <b>Vater:</b> 10 ml EDTA-Blut
Neugeborenenneutropenie	<b>Mutter:</b> 10-15 ml Nativblut ohne gerinnungshemmende Zusätze, 10 ml EDTA-Blut (bei mütterlicher Thrombozytopenie 20 ml EDTA-Blut)

(Ort, Datum, Stempel)

Unterschrift des Einsenders