



Patientendaten	Einsender
<p>Name _____ Vorname _____</p> <p>_____ <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich</p> <p>geb. am _____</p> <p>Straße _____</p> <p>PLZ _____ Wohnort _____</p> <p>Kostenträger _____</p>	<p>_____</p> <p>Name des anfordernden Arztes (bitte leserlich)</p> <p>_____</p> <p>Telefon _____</p> <p>_____</p> <p>Stempel und Unterschrift des anfordernden Arztes</p>
<p>○ Laborleistungen GKV-Patient/-in, ambulant → bitte ausgefüllten (Ü-Schein Nr. 10) beilegen</p> <p>○ Selbstzahler, ambulant (GOÄ-Rechnung an Pat.) ○ Selbstzahler, stationär (GOÄ-Rechnung an Pat.) ○ GOÄ-Rechnung an Einsender / Klinik</p>	
<p>Entnahmedatum: _____ Postversand: ungekühlt (Probeneingang: Montag-Freitag)</p>	

Verdacht auf eine erworbene Thrombozytopenie	
<p>Verlauf: <input type="checkbox"/> chronisch (>12 M) <input type="checkbox"/> akut <input type="checkbox"/> unklar</p>	
<p>Begleiterkrankungen:</p> <p><input type="checkbox"/> Diagnose unklar</p> <p><input type="checkbox"/> Thrombozytopenie (Thr./μl: _____)</p> <p><input type="checkbox"/> Thrombozytopathie(MPV: _____)</p>	
<p>Kurze Eigenanamnese:</p> <p>- Thrombozytopenie: seit wann? _____</p> <p>- Blutungsneigung: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche? _____</p> <p>- In den letzten 3 Monaten Bluttransfusionen: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja : <input type="checkbox"/> EK <input type="checkbox"/> TKZ <input type="checkbox"/> andere: _____</p> <p>- In den letzten 2-14 Tagen neue Medikamente: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche? _____</p> <p>Familienanamnese:</p> <p>- Thrombozytopenie: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wer? _____</p> <p>- Blutungsneigung: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wer? _____</p>	
<p><input type="checkbox"/> spezielle Fragestellung</p>	
<p><input type="checkbox"/> Autoimmunthrombozytopenie (z.B. M. Werlhof) → hierzu benötigte Blutproben: (bei Werten $\geq 10.000/\mu$l: 30 ml EDTA-Blut und 10 ml Nativblut; bei Werten $\leq 10.000/\mu$l: 10 ml Nativblut)</p> <p><input type="checkbox"/> Neonatale Alloimmuthrombozytopenie (NAIT) → (Mutter: 10 ml Nativblut, 20 ml EDTA-Blut, Vater: 30 ml EDTA-Blut, NG: wenn mögl. 0,5 ml EDTA-Blut)</p> <p><input type="checkbox"/> Refraktärzustand bei Thrombozytentransfusionen → (15ml EDTA-Blut)</p> <p><input type="checkbox"/> Medikamenteninduzierte Thrombozytopenie → (10ml EDTA-Blut/ 10ml Nativblut, abgesert)</p> <p><input type="checkbox"/> Poststransfusionelle Purpura (PTP) → (20 ml EDTA-Blut und 10ml Nativblut, abgesert)</p> <p>* Bei V.a. Heparin-induzierte Thrombozytopenie (HIT II) → siehe Formular Untersuchungsanforderung HIT Typ II</p>	



Verdacht auf angeborene Thrombozytenfunktions- oder Thrombozytenproduktionsdefekte

Untersuchungsform: diagnostisch prädiktiv pränatal

Material:

- 5-10ml EDTA-Blut; bei Kindern 3-5ml EDTA-Blut; alternativ DNA
- 2 gefärbte (Pappenheim) und 12 ungefärbte Ausstriche (max. 3µl / Ausstrich), wenn nicht möglich 14 ungefärbte Ausstriche!
- bei V.a. Thrombozytenfunktionsstörung: Hier bitte Zusendung nur nach vorheriger Rücksprache, da Lagerungsfrist < 4h!

<input type="checkbox"/>	Diagnose unklar
	<input type="checkbox"/> Thrombozytopenie (Thr./µl: _____) <input type="checkbox"/> Thrombozytopathie (MPV: _____)
<input type="checkbox"/>	spezielle Fragestellung (Genetische Abklärung erfordert das Einverständnis des Patienten!)
	<input type="checkbox"/> MYH9-assoziierte Erkrankungen <input type="checkbox"/> Bernard-Soulier-Syndrom <input type="checkbox"/> M. Glanzmann <input type="checkbox"/> GATA1-assoziierte Thrombozytopenie <input type="checkbox"/> Storage Pool Erkrankung <input type="checkbox"/> Autosomal-dominante Thrombozytopenie 2 <input type="checkbox"/> TUBB1-assoziierte Thrombozytopenie
	Wenn Familienanamnese positiv: - Mutation <input type="checkbox"/> bekannt, bitte Angabe der Mutation: _____ <input type="checkbox"/> unbekannt <input type="checkbox"/> bekannte Konsanguinität in der Familie <input type="checkbox"/> mehr als eine Generation betroffen - Stammbaumskizze: (bei Bedarf bitte Rückseite nutzen/Extrablatt einfügen)
	Wurden in der Familie weitere genetische Untersuchungen durchgeführt? Wenn ja, welche? Ethnische Herkunft des Patienten:
<input type="checkbox"/>	sonstiges (bitte eintragen):

**Zentrum für Klinische
Transfusionsmedizin Tübingen
GmbH (ZKT)**

Leiter: Prof. Dr. med. Tamam Bakchoul

Thrombozytenlabor

Hoppe-Seyler-Str. 3
72076 Tübingen
Tel: +49-(0)7071 / 29-81615
Fax: +49-(0)7071 / 29-5240

