

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name; Vorname

geb. am

Kassen-Nr

Versicherten-Nr

Status

Betriebsstätten Nr.

Arzt Nr.

Datum



LABOR DUISBURG
Gerinnungsambulanz
Speziallabor

Königstraße 53 - 47051 Duisburg

Tel.: 0203 / 300 98 100

Stempeleindruck oder alternativ Patientenetikett

Einsender (Stempel):

Unterschrift des Anfordernden:

Datum und Uhrzeit der Blutabnahme:

Bei **Krankenhäusern** bitte zusätzliche Angaben:

Station: _____

ambulant **stationär**

Privatpatient

Ansprechpartner:

Tel-Nr. für Rückfragen: _____

Befundmitteilung an Fax: _____

Anlass der Untersuchung

Thromboseneigung

- akut
- Z. n. Ereignis, w ann: _____
- rezidivierend
- Abortneigung
- familiär gehäuft

Lokalisation

- Beinvenenthrombose
- Armvenenthrombose
- Lungenembolie
- andere Lokalisation: _____

- Schlaganfall, ischämisch
- Herzinfarkt
- peripherer art. Verschluss
- Auge (venös, arteriell)

Auslöser

- Operation
- Ovulationshemmer/HRT
- Schwangerschaft, SSW: ____
- Immobilisation
- lange Reise
- Adipositas
- anderes: _____

Blutungsneigung

- akut
- chronisch
- familiäre Blutungsneigung
- falls näheres bekannt, bitte unten angeben

Auslöser

- intraoperativ
- postoperativ
- Eingriff: _____
- Zahnextraktion
- peri-/postpartal
- Medikamente (siehe dort)

Art - Lokalisation

- Hämatomeigung
- Petechien
- Unterhauteinblutungen
- Epistaxis
- gastrointestinal
- Insult, hämorrhagisch
- Hypermenorrhoe
- Gelenkeinblutung
- anderes: _____

Medikamente

- niedermolekulares Heparin
- unfractioniertes Heparin
- Cumarinderivate
- Rivaroxaban (Xarelto®)
- Dabigatran (Pradaxa®)
- Apixaban (Eliquis®)
- ASS
- Clopidogrel (Plavix)
- Prasugrel (Efient)
- Ticagrelor (Brilique)
- Präparat/Dosierung/Zeitpunkt: _____

Andere Medikamente: _____

erfolgte Therapien/Substit.

- DDAVP (z.B. Minirin®)
- Tranexamsäure
- GFP (FFP)
- PPSB
- andere Faktorenkonzentrate: _____
- Vitamin K
- Thrombozytenkonzentrat
- EK
- sonstiges: _____

Blutgruppe bekannt?

AB0/Rhesus: _____

Auffälliges Labor

Weitere anamnestische Angaben: _____

Gewünschte Untersuchungen bitte auf der Rückseite angeben!



Probenannahme Montag bis Freitag 8:00 - 14:00 Uhr. Bei später eintreffenden Proben bitte telefonische Rücksprache.

Die Proben sollten möglichst innerhalb von 4 Stunden nach Blutentnahme im Labor sein. Die Bestellung des **Fahrdienstes** unter **0203 / 300 99 8587** sollte hierfür möglichst frühzeitig, am besten bis 14 Uhr am Vortag erfolgen.

Informationen zur Probenstabilität erhalten Sie auf unserer Webseite: **www.gerinnungsambulanz-duisburg.de**

In der Regel benötigen wir für eine **komplette Diagnostik**: 4x 5 ml Citratblut - 3x 3 ml EDTA-Blut - 1x 7,5 ml Nativblut

Bei der Abklärung **Thrombozytopenie** zusätzlich: 20 ml EDTA-Blut

Für die Abklärung bei kleineren Kindern: gerne Rücksprache bzgl. der benötigten Menge.

Wichtig: Für die Durchführung **genetischer Untersuchungen** wird eine **schriftliche Einverständniserklärung** der Patienten benötigt. Ggf. Formular hierzu unter **www.gerinnungsambulanz-duisburg.de** herunterladen.

Anforderungen:

Fragestellungen

- Abklärung Thrombophilie
 Abklärung Thrombozytopenie
 Abklärung Blutungsneigung
 Sonstiges _____
 Abortneigung

Einzelanforderungen

Global-/Gruppenteste

- Quick/INR (C)
 PTT (C)
 Thrombinzeit (C)
 Reptilasezeit (C)

Faktorenanalyse

- Fibrinogen koagulometr. (C)
 Fibrinogen immunologisch (C)
 Exogen (incl. Quick)
 Faktor II (C)
 Faktor V (C)
 Faktor VII (C)
 Faktor X (C)

Endogen (incl. PTT)

- Faktor VIII (C)
 Faktor IX (C)
 Faktor XI (C)
 Faktor XII (C)
 Faktor XIII (C)

v Willebrand-Diag. (incl. FVIII)

- vWF-Aktivität (C)
 vWF-Antigen (C)
 vWF-CBA (C)
nur wenn markiert
 vWF-Multimere (C)

Vorphasenfaktoren

- Präkallikrein (FXIV) (C)
 HMW-Kininogen (FXV) (C)

Aktivierungsmarker

- D-Dimere (C)
 Prothrombinfragm. F1+2 (C)

Inhibitoren

- Antithrombin (C)
 Protein S, frei (C)
 Protein S-Aktivität (C)
 Protein C-Aktivität (C)
 Plasminogenaktivität (C)
 Plasmininhibitor (C)

Anti-Phospholipidantikörper

- Lupusantikoagulans (C)
 Anti-Cardiolipin-Ak (C)
 Anti- β 2-Glykop. I-AK (C)
 Anti-Annexin-AK (C)
 Anti-Prothrombin-AK (C)

Genetik

Gesonderte EDTA-Monovette und Einverständniserklärung erforderlich

- Faktor V-Leiden-Mut. G1691A (E)
 Prothrombinmut. G20210A (E)
 Fibrinogenrez. HPA 1a/1b (E)
 Kollagenrez.-poly. C807T (E)

nach Rücksprache

- MTHFR C677T (E)
 Protein S (E)
 Protein C (E)
 Antithrombin (E)

Thrombozytenfunkt. (incl. BB)

- Aggregation nach Born (C)
 Multiplate ADP HS (HI)
 Multiplate ASS (HI)
 Multiplate Kollagen (HI)
 Durchflußzytometrie[©]
 Thr.-Rezeptoren
 α -Granula
 δ -Granula
 lysosomale Granula
Durchflußzyt., bitte nur nach Rücksprache!

Thrombozyten-Antikörper

- freie Antikörper (C)
 gebund. Antikörper (E, 20 ml)

HIT

- ELISA HIT-Typ 2-AK (C, S)

Medikamente

Bitte Angabe der letzten Gabe/Einnahme!

- Anti-Faktor Xa-Akt. (NMH) (C)
 Fondaparinuxspiegel (C)
 Rivaroxabanspiegel (C)
 Dabigatranspiegel (C)

Blutbild

- kleines Blutbild (E)
 großes Blutbild (maschinell) (E)
 Ausstrich (E)
 Thromboexact (TE)
 Thrombozyten im Citratblut

Entzündungsmarker

- CRP (S)

Stoffwechselfparameter

- Homocystein (E oder S)
 Lipoprotein (a) (S)
 Fette (S)
 HbA1c (E)

Material

- (S) = Serum
(C) = Citrat
(E) = EDTA Blut
(TE) = ThromboExact
(HI) = Hirudinblut

Weitere Angaben / zusätzliche Untersuchungen: