

Personalien des Patienten	Stempel/Adresse des Einsenders
Name, Vorname: Geburtsdatum: Klinik/Station: Kostenträger:	Befundadresse: Mitteilung des Kurzbefundes an Fax-Nr:
Rechnungsadresse:	Auftrags-Nr.: (bitte frei lassen)

Privatpatient ja nein ggf. Adresse des Patienten:

Anti-PF4 assoziierte Immunthrombosen 10 ml Nativblut und 3 ml EDTA-Blut
 unklare Thrombosen mit Thrombozytopenien; autoimmune HIT, VITT in der Anamnese

Heparin-induzierte Thrombozytopenie (HIT) 10 ml Nativblut und 3 ml EDTA-Blut

HIPA-Test PF4/Heparin IgG spezifischer ELISA
 Wenn kein spezifischer Test angekreuzt wird, werden beide Tests durchgeführt.

Hinweise zur Nutzung des Scores finden Sie unter:
<https://www2.medizin.uni-greifswald.de/transfus/index.php?id=504>

	Score 2	1	0
Thrombozytopenie	niedrigster Wert ≥ 20 GPT und $>50\%$ Abfall	niedrigster Wert 10-19 GPT oder 30-50% Abfall	niedrigster Wert <10 GPT oder $<30\%$ Abfall
Tag des Auftretens des Thrombozyten-Abfalls	Tag 5-10 oder ≤ 1 bei früherer Heparintherapie (innerhalb der letzten Tage)	unbekannt, aber könnte zur HIT passen bzw. $>$ Tag 10 bzw. \leq Tag 1 bei früherer Heparintherapie (innerhalb der letzten 30 bis 90 Tage)	Tag <4 (keine frühere Heparintherapie)
Thrombose oder andere Komplikationen	gesicherte neue Thrombose, Hautnekrosen, anaphylaktische Reaktion (nach Heparinbolus)	fortschreitende oder rezidivierende Thrombose, Verdacht auf Thrombose (noch nicht bestätigt) oder nicht nekrotisierende Hautläsionen	keine Komplikationen
Andere Gründe für Thrombozytenabfall	keine	denkbar	definitiv
Wahrscheinlichkeits-Score			

Wichtige anamnestische Informationen:

- Grunderkrankungen: _____
- Seit wann erhält der Patient Heparin? Datum: _____ UFH LMWH
- Aktuelle Therapie:
 - Organan Argatroban i.v.IgG GPIIb/IIIa-Antagonisten: _____
 - Ticagrelor Clopidogrel Prasugrel
- Thrombose? ja nein Verdacht nekrotische Hautläsion
- Besteht eine Sepsis? ja nein Verdacht
- HIT-Schnelltest am (Datum): _____ pos neg ELISA: pos neg

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass für alle auf das Faxgerät eingehenden Dokumente die Datenschutz-bestimmungen nach DSGVO einhalten werden. Es gelten unsere Allgemeinen Bedingungen für Laborleistungen (abrufbar auf der Homepage <https://www.medizin.uni-greifswald.de/de/home/> oder auf Anfrage).

Ort, Datum, Stempel

Unterschrift des Arztes
 Telefon für Rückfragen:

Blutproben können täglich eingesandt werden. Laborarbeitszeiten: Mo-Fr. 07.00 -15.30 Uhr

Beratung in Notfällen: Tel.: 03834 86 5475 (7.00-15.30 Uhr), außerhalb der regulären Dienstzeit unter 03834 86 19368.
 Fax: 03834 86 5547 thrombolab@med.uni-greifswald.de