

Personalien des Patienten	Stempel/Adresse des Einsenders
Name, Vorname: Geburtsdatum: Klinik/Station: Behandelnder Arzt: Kostenträger: Tel: Fax:	Befundadresse: Rechnungsadresse:
Privatpatient <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein ggf. Adresse des Patienten:	

Mitteilung des Kurzbefundes an Fax-Nr:
 Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass für alle auf das Faxgerät eingehenden Dokumente, die Datenschutzbestimmungen nach DSGVO eingehalten werden.

Ort, Datum: Unterschrift:

PF4 abhängige Thrombozyten-aktivierende Antikörper *10ml Nativblut und 3ml EDTA-Blut*
 unklare Thrombosen mit Thrombozytopenien; autoimmune HIT, (VITT in der Anamnese)

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

- Seit wann erhält der Patient Heparin? Datum: UFH LMWH
- Höchste Thrombozytenzahl nach Beginn der Heparin-gabe: GPT/L
- Niedrigste Thrombozytenzahl unter Heparin:
 <10GPT/L 10-19 GPT/L 20-100 GPT/L >100 GPT/L
- Erhält der Patient:
 Organan Argatroban i.v.IgG GPIIb/IIIa-Antagonisten:
 Ticagrelor Clopidogrel Prasugrel Zeitspanne zwischen Einnahme und Blutentnahme: _____ Uhr
- Thrombose? Ja Nein Verdacht nekrotische Hautläsion
- Besteht eine Sepsis? Ja Nein Verdacht
- HIT-Diagnostik von Heparinreexposition Herz-Lungen-Maschine (nur bei HIT in der Anamnese).
- HIT-Diagnose gestellt am (Datum): _____
- ELISA:** pos neg **HIPA:** pos neg

Bitte bestimmen Sie bei HIT-Verdacht den Score. Bei einem Score <4 ist die HIT sehr unwahrscheinlich, eine Labordiagnostik sollte nur bei dringendem klinischem Verdacht erfolgen.
 Detaillierte Hinweise zur Nutzung des Scores finden Sie unter: <https://www2.medizin.uni-greifswald.de/transfus/index.php?id=504>

	Score	Wahrscheinlichkeitskriterien		
		2	1	0
Thrombozytopenie		Niedrigste Wert ≥ 20 GPT und >50% Abfall	Niedrigste Wert 10-19 GPT oder 30-50% Abfall	Niedrigste Wert <10 GPT oder <30% Abfall
Tag des Auftretens des Thrombozyten-Abfalls		Tag 5-10 oder ≤1 bei früherer Heparintherapie (innerhalb der letzten 30 Tage)	Unbekannt, aber könnte zur HIT passen bzw. >Tag 10 bzw. ≤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 reaction (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				

<input type="checkbox"/>	Medikament-induzierte Thrombozytopenie
2-3 Tabletten (mind. 30 mg) bzw. Ampullen mitschicken! 15 ml EDTA-Blut und 5 ml Nativblut	
PLT: GPT/L	
Medikamente (ca 14 Tage vor Auftreten der Thrombozytopenie begonnen), ggf. Extrablatt benutzen:	
Wiederanstieg der Thrombozyten nach Absetzen des Medikamentes? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
<input type="checkbox"/>	Thrombozytenspezifische Antikörper
PLT: GPT/L	
<input type="checkbox"/> Immunthrombozytopenie (ITP) 15 ml EDTA-Blut und 5 ml Nativblut	<input type="checkbox"/> Refraktärzustand nach Thrombozytentransfusion 5ml EDTA-Blut und 10 ml Nativblut
<input type="checkbox"/> Neonatale Autoimmune thrombozytopenie (NAIT) Vater: 20 ml EDTA -Blut (obligat) Mutter: 10 ml Nativblut + 10 ml EDTA-Blut (obligat) Kind: 1 ml EDTA – Blut (optional) (Nabelschnurblut ist auch möglich)	<input type="checkbox"/> Posttransfusionelle purpura (PTP) 5 ml EDTA-Blut und 10 ml Nativblut
Erhielt der Patient Bluttransfusionen (in den letzten Wochen)? <input type="checkbox"/> Ja, (Datum letzte Transfusion: _____) <input type="checkbox"/> Nein	
Schwangerschaften oder Fehlgeburten? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
<input type="checkbox"/>	Hereditäre Thrombozytenerkrankungen / erworbene Thrombozytenerkrankungen Telefonische Voranmeldung erbeten
Wichtig: 12 ungefärbte Ausstriche, 2 gefärbte Ausstriche 10 ml EDTA-Blut 5 ml Citrat-Blut (für Durchflusszytometrie, Einsendung innerhalb 24h) <i>Abnahmezeitpunkt:</i> 12 ml Citrat-Blut (Funktionsuntersuchung, Einsendung innerhalb 24h) <i>Abnahmezeitpunkt:</i> Detaillierte Hinweise: https://www2.medizin.uni-greifswald.de/transfus/index.php?id=389	
PLT: G/L MPV: fl	
<input type="checkbox"/> Thrombozytopenie <input type="checkbox"/> Thrombozytopathie (Funktionsstörung)	
Wenn möglich, bitte Gerinnungsfragebögen ausfüllen! www.medizin.uni-greifswald.de/transfus	
<input type="checkbox"/>	TRALI, Granulozytäre Antikörper
Spender: 5 ml EDTA-Blut und 10 ml Nativblut + Patient: 10 ml EDTA-Blut und 10 ml Nativblut Transfundiertes Blutprodukt: <input type="checkbox"/> EK <input type="checkbox"/> TK <input type="checkbox"/> Plasma <input type="checkbox"/> Sonstiges:	

Kinder: Bitte sprechen Sie das erforderliche Untersuchungsmaterial direkt mit dem Labor unter 03834 86 5475 ab.
Blutproben können täglich mit der Post eingesandt werden, Transportdauer innerhalb Deutschlands nach Greifswald 24 Stunden (normale Post). Bitte beachten, dass die Sendung nicht in der Poststelle des Einsenders liegen bleibt.

Beratung in Notfällen: Tel.: 03834 86 5475 (7.00-15.30 Uhr), außerhalb der regulären Dienstzeit unter 03834 86 6074.

Fax: 03834 86 5547 thrombolab@med.uni-greifswald.de

Ort, Datum, Stempel.

Unterschrift des Arztes