

|  |  |               |
|--|--|---------------|
|  <b>UKH</b><br>Universitätsklinikum<br>Halle (Saale) | <b>Anforderungsschein</b><br><b>Untersuchung Thrombozytäre Antikörper</b><br>TR-00-A02 | <b>F</b>      |
|  | Version 3.0 / gültig ab 01.03.2024   | Seite 1 von 1 |

|  |   |
|--|---|
| <b>Patient*innendaten: (Etikett kleben!)</b><br><br><br><br><br><input type="checkbox"/> KH St. Elisabeth <input type="checkbox"/> Ev. Diakonie-KH | <b>Blutgruppenlabor</b> Tel.:0345-557 <b>5631</b> / Fax: <b>5633</b><br>(24 Stunden besetzt)<br><br><hr/> Feld für MA Labor |
|--|---|

**Probenmaterial**

|   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| Abnahmedatum:                             | Abnahmezeit:                              | Tel. Nr. (Einsender):                     | Anruf wenn fertig (x)                     |
| <input style="width: 100%;" type="text"/> |

**Grunderkrankung Patient/in:** \_\_\_\_\_

**Klinische Verdachtsdiagnose / Symptome:** \_\_\_\_\_

**Thrombozytenzahl aktuell:** \_\_\_\_\_ /  $\mu$ l

**Auftragsbearbeitung: routinemäßig 1x pro Woche (außer NAIT)**

| Angeforderte Untersuchung<br>(bitte ankreuzen)                                 | Untersuchungsmaterial  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Nachweis thrombozytärer Antikörper                    | 5 ml Nativblut   |
| <input type="checkbox"/> Nachweis neonatale Allo-Immun-Thrombozytopenie (NAIT) | Kind    5 ml Nativblut<br>Mutter  5 ml Nativblut + 10 ml EDTA-Blut<br>Vater    10 ml EDTA – Blut |

**Hinweis:** Bei den o.g. Untersuchungen handelt es sich um Spezialdiagnostik. Wir bitten die anfordernden Ärzte, die Anforderung sorgfältig auszufüllen. Nicht zuletzt sind diese Angaben entscheidend, um optimale Untersuchungsergebnisse generieren zu können.

|   |   |   |
|---|---|---|
| <b>Datum:</b> <input style="width: 100%;" type="text"/> | <b>Unterschrift und Stempel<br/>der/des anfordernden<br/>Ärztin/Arztes:</b> | <input style="width: 100%; height: 60px;" type="text"/> |
|---|---|---|

(Die Verantwortung für die Identitätssicherung trägt die/der anfordernde Ärztin/Arzt!)

(stark umrandete Felder sind auszufüllen, sonst keine Bearbeitung möglich!)