

Anforderungsbogen für die spezielle Gerinnungsdiagnostik

(Dieses Formular ersetzt keinen Überweisungsschein.)

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Status

Tages-Nr. intern!

Entnahme-Datum: _____ Uhrzeit: _____

Aktuelle Anamnese, Behandlungsdiagnose:

<p>Anamnese:</p>	<p>Thromboseneigung</p> <p><input type="checkbox"/> venöse Thrombose</p> <p><input type="checkbox"/> arterielle Thrombose</p> <p><input type="checkbox"/> Thrombosen bei Verwandten I°</p> <p><input type="checkbox"/> Aborte, Gestose, IUFT</p> <p><input type="checkbox"/> Rauchen</p> <p><input type="checkbox"/> Kontrazeptiva</p> <p><input type="checkbox"/> Sonstige Risikofaktoren</p> <p><input type="checkbox"/> BMI: _____</p>	<p>Blutungsneigung</p> <p><input type="checkbox"/> postoperative Blutung</p> <p><input type="checkbox"/> familiäre Blutungsneigung</p> <p><input type="checkbox"/> Hämatomneigung, Schleimhautblutung</p> <p><input type="checkbox"/> pathologischer Gerinnungsstatus</p> <p><input type="checkbox"/> Sonstiges: _____</p>
<p>Medikamente:</p>	<p><input type="checkbox"/> Heparin Präparat + Dosis: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Marcumar (o. Ä.)</p> <p><input type="checkbox"/> ASS <input type="checkbox"/> Clopidogrel (o. Ä.)</p>	<p><input type="checkbox"/> Dabigatran (Pradaxa®) (9) <input type="checkbox"/> Edoxaban (Lixiana®) (9)</p> <p><input type="checkbox"/> Rivaroxaban (Xarelto®) (9) <input type="checkbox"/> Apixaban (Eliquis®) (9)</p> <p><input type="checkbox"/> Argatroban</p> <p><input type="checkbox"/> Andere: _____</p>
<p>Labordaten:</p>	<p><input type="checkbox"/> Quick/INR _____</p> <p><input type="checkbox"/> PTT _____</p> <p><input type="checkbox"/> Fibrinogen _____</p>	<p><input type="checkbox"/> Antithrombin _____</p> <p><input type="checkbox"/> Thrombozyten _____</p> <p><input type="checkbox"/> Hb _____</p>

Angeforderte Untersuchungen [jeweils benötigtes Material (1-10) siehe Rückseite]:

- | | |
|---|---|
| <p><input type="checkbox"/> APC-Resistenz (Faktor V-Leiden) (1)</p> <p><input type="checkbox"/> Thrombophilie-Screening (1) + (7) *
(AT3, PROC, PROS, APC, PTGM)</p> <p><input type="checkbox"/> FV-Leiden, (FII)-Prothrombin-Mutation (7) *</p> <p><input type="checkbox"/> Protein C, Protein S, Antithrombin (1)</p> <p><input type="checkbox"/> Antiphospholipid-Antikörper (2) + (3)
(Lupusantikoagulanz, AK gegen Cardiolipin, β2-GP1, etc.)</p> <p><input type="checkbox"/> Thrombosedagnostik (komplett) (4a) * + (5)
(für Patienten mit Z.n. Thrombose, Embolie o.ä.)</p> <p><input type="checkbox"/> Abklärung Aborte, Gestose, IUFT (4b) * + (5)</p> <p><input type="checkbox"/> D-Dimere (1)
(ggf. SSWo. und akt. Gewicht _____)</p> <p><input type="checkbox"/> Heparin-Spiegel (1)
(Anti-FXa-Aktivität, Blutentnahme 4h n.d. Gabe)
(Medikation _____)</p> | <p><input type="checkbox"/> Faktor VIII <input type="checkbox"/> Faktor IX <input type="checkbox"/> Faktor XIII (1)</p> <p><input type="checkbox"/> von Willebrand-Diagnostik (1)</p> <p><input type="checkbox"/> Abklärung Blutungsneigung (8)</p> <p><input type="checkbox"/> Thrombozytenfunktion (10)
(z. B. Therapieüberwachung von Aggregationshemmern)</p> <p><input type="checkbox"/> Abklärung Thrombozytopenie (ohne HIT) (6) + (10)</p> <p><input type="checkbox"/> Abklärung Thrombozytopenie i. d. Schwangerschaft
(2) + (3) + (7) (bitte SSWo. angeben)</p> <p><input type="checkbox"/> Thrombozyten-Antikörper (6)</p> <p><input type="checkbox"/> HIT-Diagnostik (unbedingt Vorankündigung) (2) + (3)</p> <p><input type="checkbox"/> Abklärung PTT-Verlängerung (2) + (3)
(z. B. Präoperativer Zufallsbefund)</p> <p><input type="checkbox"/> Sonstiges entsprechend Ihren klinischen Angaben</p> <p><input type="checkbox"/> Sonstiges: _____</p> |
|---|---|

Direkte orale Antikoagulantien
(Blutentnahme unbedingt vor oraler Gabe + Dosisangabe)

<input type="checkbox"/> XARELTO/Rivaroxaban-Spiegel (9) Dosis: _____	<input type="checkbox"/> PRADAXA/Dabigatran-Spiegel (9) Dosis: _____
<input type="checkbox"/> ELIQUIS/Apixaban-Spiegel (9) Dosis: _____	<input type="checkbox"/> LIXIANA/Edoxaban-Spiegel (9) Dosis: _____

Unterschrift des Patienten nach GenDG: _____

* Hierfür benötigen wir eine Patientenunterschrift entsprechend dem Gendiagnostikgesetz vom 01.02.2010

Hinweis:

Bitte Citratblut nur bei Raumtemperatur lagern, nicht abzentrifugieren.

Material: (gilt nur für Erwachsene)

- (1) 1 Gerinnungsmonovette (Citratblut) = 3–5 ml
- (2) 3 Gerinnungsmonovetten (Citratblut)
- (3) 1 Serummonovette (Vollblut) mindestens 2 ml
- (4a) 3 Gerinnungsmonovetten (Citratblut), 1 Serummonovette (Vollblut, min. 2 ml), 2 ml EDTA-Blut, NaF-Blut
Enthaltene Parameter: APC-Resistenz, Lupus-Antikoagulanz, Antiphospholipid-AK, Homocystein, FII-Mutation, Faktor VIII, Lp(a), Protein C, Protein S, Antithrombin, D-Dimere.
- (4b) 3 Gerinnungsmonovetten (Citratblut), 1 Serummonovette (Vollblut, min. 2 ml), 2 ml EDTA-Blut, NaF-Blut
Enthaltene Parameter: APC-Resistenz, Lupus-Antikoagulanz, Antiphospholipid-AK, FV- und FII-Mutation, Homocystein, Lp(a), Protein C, Protein S, Antithrombin, Faktor XII
- (5) **Für Homocystein:** Blutentnahme morgens **nüchtern, NaF-Blut oder Spezialmonovette**
- (6) Falls Rücksprache nicht möglich:
Thrombozyten-Antikörper, freie: EDTA-Blut + 1 Serummonovette
Thrombozyten-Antikörper, gebundene: 1 Serummonovette und je nach Thrombozytenzahl:

< 10.000–20.000	40 ml EDTA-Blut
21.000–50.000	30 ml EDTA-Blut
51.000–150.000	20 ml EDTA-Blut
> 150.000	10 ml EDTA-Blut
- (7) 1 EDTA-Blut
- (8) 5 Gerinnungsmonovetten (Citratblut) mit einem Gummiband umwickeln, Einsendung Mo-Do, enthaltene Parameter: von Willebrand-Diagnostik, Thrombozytenfunktionstest, FXIII
- (9) 1 Citratblut, Blutentnahme zur Gerinnungsanalytik nur sinnvoll vor nächster oraler Gabe, auch falls V.a. Akkumulation besteht (Talspiegel !)
- (10) 4 Gerinnungsmonovetten (Citratblut) mit einem Gummiband umwickelt, Einsendung Mo-Do

WIR SCHAFFEN WERTE



**Eine Idee.
Ein Unternehmen.
Gemeinsam mehr bewirken.**

Labor vor Ort.

Schnelle Diagnostik und Befundung.

Fachärzte bundesweit.

Interdisziplinäre Kompetenz.

- Standorte Labor
- Standorte Klinische Medizin

www.amedes-group.com | info@amedes-group.com

