

**Begleitschein für Bluteinsendungen**  
**Thrombozytenlabor**



**Deutsches  
Rotes  
Kreuz**

**DRK-Blutspendedienst Nord-Ost**  
 gemeinnützige GmbH  
 Berlin | Brandenburg | Hamburg  
 Sachsen | Schleswig-Holstein

Akkreditierte HLA-Labore nach den Standards der  
 Europäischen Gesellschaft für Immungenetik bzw. der DAkkS

Institut Cottbus  
 Thiemstraße 105  
 03050 Cottbus  
 Tel.: 0355 4995-165  
 Fax: 0355 4995-256  
 Institutsleiterin:  
 Irene Sopivnik

Institut Dresden  
 Blasewitzer Straße 68/70  
 01307 Dresden  
 Tel.: 0351 44508-880  
 Fax: 0351 44508-885  
 Institutsleiterin:  
 Prof. Dr. med Kristina Hölig

Institut Berlin  
 Hindenburgdamm 30 A  
 12203 Berlin  
 Tel.: 030 80681-238/239  
 Fax: 030 80681-390  
 Institutsleiterin:  
 OÄ DM Britta Dimanski

MVZ Ulm gGmbH  
 Zweigpraxis Cottbus  
 Irene Sopivnik  
 FÄ für Transfusionsmedizin  
 Thiemstraße 105  
 03050 Cottbus  
 Tel.: 0355 4995-167  
 Fax: 0355 4995-242

Auftragsnummer / Probenerfassung

**Für Patient:** (Name, Vorname, Geburtsdatum)

**Einsender** (Stempel der Einrichtung)

**Geschlecht:**

- männlich  
 weiblich

Diagnose \_\_\_\_\_

**GEWÜNSCHTE UNTERSUCHUNGEN**

Cito-Untersuchungen nur nach Rücksprache möglich!

**Thrombozytenantigene**      **5 ml EDTA-Blut**

- Typisierung der Thrombozytenmerkmale HPA  
 Typisierung der Thrombozytenmerkmale HLA-AB

**Antikörperbestimmungen**      **5 ml Nativblut oder 2 ml Serum**

HLA-Alloantikörper mit Spezifizierung

Testmethoden: LCT, Bead array

HLA-Autoantikörper

LCT

**zusätzlich 10 ml EDTA-Blut**

HPA-Alloantikörper mit Spezifizierung (thrombozytäre Ak )

Testmethoden: Bead array, MAIPA

HPA-Autoantikörperbestimmung (gebundene und freie thrombozytäre Ak)

Testmethoden: MAIPA

**zusätzlich 20 ml EDTA-Blut**

NAIT-Diagnostik

Mutter Name, Vorname, Geburtsdatum

5 ml EDTA-Blut

5 ml Nativ-Blut oder 2 ml Serum

Vater Name, Vorname, Geburtsdatum

5 ml EDTA-Blut

Heparininduzierte Thrombozytenantikörper (PF4-, HIPA-Test)

**5 ml Nativblut oder 2 ml Serum**

Bitte teilen Sie uns nachfolgende klinische Angaben mit:

→ Telefonnummer für 1. Befundübermittlung:

Seit wann erhält der Patient Heparin? Datum:	Welches Heparin erhält er?
Thrombozytenzahl zu Beginn der Therapie: GPT / I	Thrombozytenzahl zum Abnahmezeitpunkt: GPT / I
Hat der Patient eine Thrombose? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Verdacht <input type="checkbox"/>	Hat der Patient eine Sepsis? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Verdacht <input type="checkbox"/>

**Der laborchemische Nachweis einer Heparin-induzierten Thrombozytopenie (HIT II) ist lediglich als Bestätigung einer klinischen Diagnose aufzufassen. Die Therapie muss bereits bei Verdacht auf eine HIT II eingeleitet werden.**

Datum und Uhrzeit der Blutentnahme

Unterschrift des Abnehmenden

Blutröhrchen ist beschriftet, Identität wird bescheinigt.  
 Unterschrift und Stempel des Arztes