

# ANALYSENAUFTRAG

## HÄMATOLOGIE - HÄMOSTASE

### IMMUNHÄMATOLOGIE

### BESTELLUNG VON BLUTPRODUKTEN

Arzt / Abteilung

NLAB

Rechnung an:  Patient  Einsender  Andere:

<b>Datum und Zeit der Probenentnahme</b> <input type="checkbox"/> Probenentnahme im Labor		<b>NOTFALL</b> <input type="checkbox"/>																															
Tag	<table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td></tr> <tr><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td><td>31</td></tr> </table>		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
1	2		3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15																		
16	17		18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31																	
Monat	<table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>Jan</td><td>Feb</td><td>März</td><td>Apr</td><td>Mai</td><td>Jun</td><td>Jul</td><td>Aug</td><td>Sept</td><td>Okt</td><td>Nov</td><td>Dez</td></tr> </table>	Jan	Feb	März	Apr	Mai	Jun	Jul	Aug	Sept	Okt	Nov	Dez																				
Jan	Feb	März	Apr	Mai	Jun	Jul	Aug	Sept	Okt	Nov	Dez																						
Stunde	<table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td></tr> <tr><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td></tr> </table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23								
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11																						
12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23																						
Minute	<table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>5</td><td>10</td><td>15</td><td>20</td><td>25</td><td>30</td><td>35</td><td>40</td><td>45</td><td>50</td><td>55</td></tr> </table>	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	<input type="checkbox"/> Vor Dialyse  <input type="checkbox"/> Nach Dialyse																				
5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55																							

Kopie / Klinische Angaben / Andere Analysen:

**PATIENT**  
Name : \_\_\_\_\_  
Vorname : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
PLZ / Ort : \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum : \_\_\_\_\_  
Geschlecht :  M  W

Zentralinstitut der Spitäler - Institut Central des Hôpitaux - Avenue du Gd. Champsec 86 - CP 800 - 1951 SITTEN - T: +41 (0)27 603 4800 - LABORATORIEN : Brig, Visp, Siders, Sitten, Martinach, Riviera-Chablais.

Monovette® Serum   
  Monovette® Li Heparin   
  Monovette® Gerinnung   
  Monovette® EDTA   
  Monovette® BSR   
  Monovette® Citrat / Buffer

HÄMATOLOGIE			
HÄMOGRAMM	KLINISCHE ANGABE ERFORDERLICH		
<input type="checkbox"/> Hämogramm Leuk, Ery, Hb, Hk, Indizes, Thrombo  <input type="checkbox"/> Leukozytendifferenzierung  <input type="checkbox"/> Retikulozyten  <input type="checkbox"/> Blutbild für Hämatologie <i>Klinische Angaben</i>  <input type="checkbox"/> Reserveröhrchen  <input type="checkbox"/> Blutsenkung	<b>DENGUE UND PARASITEN</b> <input type="checkbox"/> Dengue: Schnelltest <input type="checkbox"/> Malaria: Mikroskopie <input type="checkbox"/> Malaria: Schnelltest <input type="checkbox"/> Mikrofilarien <input type="checkbox"/> Babesia  <b>SPEZIELLE HÄMATOLOGIE</b> <input type="checkbox"/> Hämoglobin S (Sichelzellen) <input type="checkbox"/> Hämoglobin F <input type="checkbox"/> Osmotische Resistenz (Sphärozytose) <input type="checkbox"/> G6PD <input type="checkbox"/> Pyruvatkinase (PK) <input type="checkbox"/> Hämoglobin Elektrophorese ⚠ ⚠ Unterschrift erforderlich siehe unten	<b>KNOCHENMARKUNTERSUCHUNG</b> <input type="checkbox"/> Knochenmarkuntersuchung Zytologie und Färbungen  <b>IMMUNOLOGISCHE MARKER</b> <input type="checkbox"/> Immunphänotypisierung - Vollblut <input type="checkbox"/> Immunphänotypisierung - Knochenmark	<b>MYELOPROLIFERATIVE NEOPLASMIEN</b> <input type="checkbox"/> Polycythaemia vera JAK2 V617F und Exon 12  <input type="checkbox"/> Essentielle Thrombozythämie und Myelofibrose JAK2 V617F, CALR Exon 9, MPL Exon 10  <input type="checkbox"/> BCR-ABL Diagnose <input type="checkbox"/> BCR-ABL quantitativ Krankheit, residual  <b>HÄMOCHROMATOSE</b> <input type="checkbox"/> Mutation vom Gen HFE ⚠ C282Y und H63D  ⚠ Unterschrift erforderlich siehe unten

HÄMOSTASE			
ANGABE DER ANTIKOAGULANZTHERAPIE (UNVERZICHTBAR)			
<input type="checkbox"/> Unfraktioniertes Heparin <input type="checkbox"/> NMH <input type="checkbox"/> Arixtra® <input type="checkbox"/> Lixiana® <input type="checkbox"/> Sintrom® <input type="checkbox"/> Xarelto® <input type="checkbox"/> Eliquis® <input type="checkbox"/> Pradaxa® <input type="checkbox"/> Argatra® <input type="checkbox"/> Anderes (unter klinischen Angaben präzisieren)			
<b>BASISANALYSEN</b> <input type="checkbox"/> TP <input type="checkbox"/> PTT <input type="checkbox"/> Fibrinogen <input type="checkbox"/> Reserveröhrchen  <b>FIBRINOLYSE</b> <input type="checkbox"/> D-Dimer  <b>HEPARIN-INDUZIERTE THROMBOZYTOPENIE</b> <input type="checkbox"/> Anti-PF4-Heparin	<b>ÜBERWACHUNG DER ANTIKOAGULANZ</b> ° <b>Genauer Zeitpunkt und Menge der verabreichten Injektion angeben</b> <b>ANTI-XA AKTIVITÄT</b> <input type="checkbox"/> Unfraktioniertes Heparin° <input type="checkbox"/> Arixtra° <input type="checkbox"/> NMH° <input type="checkbox"/> Xarelto° <input type="checkbox"/> Eliquis° <input type="checkbox"/> Lixiana°  <b>ANTI-IIA AKTIVITÄT</b> <input type="checkbox"/> Pradaxa° <input type="checkbox"/> Argatra°	<b>FAKTOREN</b> <input type="checkbox"/> Abklärung pathologische TP <input type="checkbox"/> Abklärung pathologische PTT <input type="checkbox"/> Faktor II <input type="checkbox"/> Faktor V <input type="checkbox"/> Faktor VII <input type="checkbox"/> Faktor VIII <input type="checkbox"/> Faktor IX <input type="checkbox"/> Faktor X <input type="checkbox"/> Faktor XI <input type="checkbox"/> Faktor XII <input type="checkbox"/> Faktor XIII <input type="checkbox"/> Faktor VIII-Hemmkörper <input type="checkbox"/> Faktor IX-Hemmkörper	<b>VON WILLEBRAND - KRANKHEIT</b> <input type="checkbox"/> Faktor VIII <input type="checkbox"/> F Von Willebrand - Antigen <input type="checkbox"/> F Von Willebrand - Aktivität <input type="checkbox"/> PFA (Platelet Function Assay)  <b>THROMBOZYTEN FUNKTIONSTEST</b> <input type="checkbox"/> PFA (Platelet Function Assay)  <b>THROMBOPHILIEDIAGNOSTIK</b> <input type="checkbox"/> Antithrombin <input type="checkbox"/> Protein C <input type="checkbox"/> Protein S <input type="checkbox"/> Lupus Antikoagulans <input type="checkbox"/> Mutation F V (Leiden) ⚠ <input type="checkbox"/> Mutation F II (Prothrombin) ⚠ <input type="checkbox"/> Phospholipide (Block) β-2-GPI, IgG, IgM, Kardioliipin IgG <input type="checkbox"/> Homocystein ⚠ Unterschrift erforderlich

⚠ Mit seiner Unterschrift bestätigt der anfordernde Arzt, dass er die betroffene Person nach den geltenden gesetzlichen Vorschriften aufgeklärt und ihr Einverständnis eingeholt hat.  
 Ort und Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift des anfordernden Arztes erforderlich: \_\_\_\_\_

### IMMUNHÄMATOLOGIE

Blutgruppenkarte oder eine Kopie beilegen

Blutgruppe (BG)

Reserveröhrchen für Nachbestellung  
*(Gültigkeit 96 Stunden)*

Type & Screen (BG und Antikörpersuchtest - AKST)  
*(Gültigkeit 96 Stunden)*

Coombs direkt

Kälteagglutinine (37°C)

**ÜBERWACHUNG WÄHREND DER SCHWANGERSCHAFT / GEBURT:**

Antikörpersuchtest (AKST)  
Schwangerschaftswoche: ..... Geburt vorgesehen am: .....

Angabe des Zeitpunktes der Anti-D-Prophylaxe: .....

Untersuchung des Transfusionszwischenfalles  
*Befolgen des Verfahrens, praktische Anleitung der Transfusionsmedizin*

**OBLIGATORISCH:**

Für die Genauigkeit der Identität des Patienten (Name, Vorname, Geburtsdatum) übernimmt die folgende Person die Verantwortung:

Name / Vorname:

Unterschrift:

### BESTELLUNG VON BLUTPRODUKTEN

Erythrozytenkonzentrat 1 2 3 4 5 6

Gefrorenes Frischplasma (FFP) 1 2 3 4 5 6

Thrombozytenkonzentrat (Thrombozytapherese) 1 2

Erythrozytenkonzentrat für Neugeborene (<3 Monate)  
*Wichtig, auch Blut der Mutter entnehmen (7,5 mL EDTA)* 1

Besonderheit des Produkts:  Bestrahlt  HLA kompatibel

**OBLIGATORISCH für jede Bestellung:**

Name / Telefonnummer des Arztes:

Telefonnummer: .....

**Nicht getestetes Erythrozytenkonzentrat** 1 2 3 4 5 6  
*Der unterzeichnende Arzt wünscht notfallmässig Erythrozytenkonzentrate ohne vorgängige Kompatibilitätsprüfung. Mit seiner Unterschrift entbindet der Arzt das Laboratorium von jeglicher Verantwortung. Das Laboratorium führt die Verträglichkeitsprüfung nach der Lieferung des Blutes durch.*

Nicht getestetes Erythrozytenkonzentrat  
Unterschrift:

Telefonnummer: .....

Zusätzliche Informationen sind im Leitfaden der Bluttransfusion vom Spital Wallis vorhanden.

### TRANSFUSIONSdatum

**Sofort**

**Vorgesehenes Transfusionsdatum:**

Tag	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Monat	Jan	Feb	März	Apr	Mai	Jun	Jul	Aug	Sept	Okt	Nov	Dez				
Stunde	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11				
	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23				
Minute	15	30	45													

### Entnahmematerial

- 1 ■ Monovette® Serum Gel S, 7,5 mL
- 2 ■ Monovette® Li-Heparin LH, 4,9 mL
- 5 ■ Monovette® Gerinnung 9 NC, 2,9 mL
- 6 ■ Monovette® EDTA KE, 2,6 mL
- 7 ■ Monovette® EDTA KE, 7,5 mL
- 8 ■ Monovette® BSR 4 NC, 2 mL
- 9 ■ Monovette® Citrat/Buffer 9NC/PFA

### Anmerkungen und Erklärungen

**! Sonderbedingungen:** Das Vademecum zu unserem Standort konsultieren. Für Analysen, welche nicht auf diesem Auftragformular aufgeführt sind, konsultieren Sie unsere Internetseite [www.hopitalvs.ch](http://www.hopitalvs.ch) oder wenden Sie sich an unser Labor.

### LEERES FELD, RESERVIERT FÜR'S LABOR