

ANALYSENAUFTRAG

HÄMATOLOGIE - HÄMOSTASE

IMMUNHÄMATOLOGIE

BESTELLUNG VON BLUTPRODUKTEN

Arzt / Abteilung

Rechnung an: Patient Einsender Andere:

Datum und Zeit der Probenentnahme Probenentnahme im Labor

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: 5 10 15 20 25 30 35 40 45 50 55

Vor Dialyse Nach Dialyse

PATIENT
Name: _____
Vorname: _____
Adresse: _____
PLZ / Ort: _____
Geburtsdatum: _____
Geschlecht: M W

NLAB

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.

Kopie / Klinische Angaben / Andere Analysen:

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

HÄMATOLOGIE

KLINISCHE ANGABE ERFORDERLICH

HÄMOGRAMM <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	DENGUE UND PARASITEN <input type="checkbox"/> Dengue: Schnelltest <input type="checkbox"/> Malaria: Mikroskopie <input type="checkbox"/> Malaria: Schnelltest <input type="checkbox"/> Mikrofilarien <input type="checkbox"/> Babesia SPEZIELLE HÄMATOLOGIE <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	KNOCHENMARKUNTERSUCHUNG <input type="checkbox"/> Knochenmarkuntersuchung Zytologie und Färbungen IMMUNOLOGISCHE MARKER <input type="checkbox"/> Immunphänotypisierung - Vollblut <input type="checkbox"/> Immunphänotypisierung - Knochenmark	MYELOPROLIFERATIVE NEOPLASMIEN <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 HÄMOCHROMATOSE <input type="checkbox"/> Mutation vom Gen HFE ⚠ C282Y und H63D ⚠ Unterschrift erforderlich siehe unten
--	---	--	--

HÄMOSTASE

ANGABE DER ANTIKOAGULANZTHERAPIE (UNVERZICHTBAR)

Unfraktioniertes Heparin NMH Arixtra® Lixiana® Sintrom®
 Xarelto® Eliquis® Pradaxa® Argatra® Anderes (unter klinischen Angaben präzisieren)

BASISANALYSEN <input type="checkbox"/> TP <input type="checkbox"/> PTT <input type="checkbox"/> Fibrinogen <input type="checkbox"/> Reserveröhrchen FIBRINOLYSE <input type="checkbox"/> D-Dimer HEPARIN-INDUZIERTE THROMBOZYTOPENIE <input type="checkbox"/> Anti-PF4-Heparin	ÜBERWACHUNG DER ANTIKOAGULANZ ° Genauer Zeitpunkt und Menge der verabreichten Injektion angeben ANTI-XA AKTIVITÄT <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° ANTI-IIA AKTIVITÄT <input type="checkbox"/> Pradaxa° <input type="checkbox"/> Argatra°	FAKTOREN <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	VON WILLEBRAND - KRANKHEIT <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) THROMBOZYTEN FUNKTIONSTEST <input type="checkbox"/> PFA (Platelet Function Assay) THROMBOPHILIEDIAGNOSTIK <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: Bestraht 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 oder wenden Sie sich an unser Labor.

LEERES FELD, RESERVIERT FÜR'S LABOR