

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

NOTFALL

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

 Vor Dialyse

Minute:

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

 Nach Dialyse

Kopie / Klinische Angaben / Andere Analysen:

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.

Monovette® Serum Monovette® Li Heparin Monovette® Gerinnung Monovette® EDTA Monovette® BSR Monovette® Citrat/Buffer Röhrchen Liquor steril

HÄMATOLOGIE

KLINISCHE ANGABE ERFORDERLICH

HÄMOGRAMM

- Hämogramm
Leuk, Ery, Hb, Hk, Indizes, Thrombo
- Leukozytendifferenzierung
- Retikulozyten
- Blutbild für Hämatologie
Klinische Angaben
- Reserveröhrchen
- Blutsenkung

DENGUE UND PARASITEN

- Dengue: Schnelltest
- Malaria: Mikroskopie
- Malaria: Schnelltest
- Mikrofilarien
- Babesia

SPEZIELLE HÄMATOLOGIE

- Hämoglobin S (Sichelzellen)
- Hämoglobin F
- G6PD
- Pyruvatkinase (PK)
- Hämoglobin Elektrophorese ⚠

⚠ **Unterschrift erforderlich siehe unten**

KNOCHENMARKUNTERSUCHUNG

- Knochenmarkuntersuchung
Zytologie und Färbungen

IMMUNOLOGISCHE MARKER

- Immunphänotypisierung - Vollblut
- Immunphänotypisierung - Knochenmark
- Immunphänotypisierung - LCR

MYELOPROLIFERATIVE NEOPLASMIEN

- Polycythaemia vera
JAK2 V617F und Exon 12
- Essentielle Thrombozythämie und Myelofibrose
JAK2 V617F, CALR Exon 9, MPL Exon 10
- BCR-ABL Diagnose
- BCR-ABL quantitativ
Krankheit, residual

HÄMOCHROMATOSE

- 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

- TP
- PTT
- Fibrinogen
- Reserveröhrchen

FIBRINOLYSE

- D-Dimer

HEPARIN-INDUZIERTE THROMBOZYTOPENIE

- Anti-PF4-Heparin

4T Score:

(Berechnung auf der Website MDCalc)

ÜBERWACHUNG DER ANTIKOAGULANZ

° **Genauer Zeitpunkt und Menge der verabreichten Injektion angeben**

ANTI-XA AKTIVITÄT

- Unfraktioniertes Heparin°
- Arixtra°
- NMH°
- Xarelto°
- Eliquis°
- Lixiana°

ANTI-IIA AKTIVITÄT

- Pradaxa°
- Argatra°

FAKTOREN

- Abklärung pathologische TP
- Abklärung pathologische PTT
- Faktor II
- Faktor V
- Faktor VII
- Faktor VIII
- Faktor IX
- Faktor X
- Faktor XI
- Faktor XII
- Faktor XIII
- Faktor VIII-Hemmkörper
- Faktor IX-Hemmkörper

VON WILLEBRAND - KRANKHEIT

- Faktor VIII
- F Von Willebrand - Antigen
- F Von Willebrand - Aktivität
- PFA (Platelet Function Assay)

THROMBOZYTEN FUNKTIONSTEST

- PFA (Platelet Function Assay)

THROMBOPHILIEDIAGNOSTIK

- Antithrombin
- Protein C
- Protein S
- Lupus Antikoagulans
- Mutation F V (Leiden) ⚠
- Mutation F II (Prothrombin) ⚠
- Phospholipide (Block)
β-2-GPI, IgG, IgM, Kardiolipin IgG

- 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)

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

Minute: 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
- 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
- 10 ■ Röhrchen Liquor, steril, 10 mL
- 25 ■ Monovette® Li-Heparin LH, 7,5 mL

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