

**Kliniken der Stadt Köln gGmbH**

Institut für Transfusionsmedizin
 Frau Dr. med. U. Bauerfeind
 Ostmerheimer Str. 200
 51109 Köln
 Telefon: +49 (0)221 8907-3720 / -3736
 Fax: +49 (0)221 8907-3734



Krankenhaus/Station _____

Name, Vorname _____ *Bitte Patientenetikett verwenden!*

Anschrift _____

Geb. Datum: _____ Wahlleistung Regelleistung

Abklärung: Thrombophilie
 hämorrhagische Diathese

Datum: _____

Uhrzeit Blutabnahme: _____
 Notfall (nach telefonischer Rücksprache)

Gerinnungsaktive Medikamente:

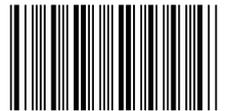
Heparin unfraktioniert Dosierung: _____ Thrombozytenfunktionshemmer Dosierung: _____
 niedermolekular Lyse
 Cumarin-Therapie Sonstiges _____
 Sonstige (z. B. neue orale Antikoagulantien)

Sonstige Medikamente: _____

Diagnose / Spez. Anamnese: _____

anford. Arzt/Ärztin: _____ Tel./DECT: _____ Unterschrift: _____ Station: _____

Gerinnungsphysiologische Untersuchungen		Tel.: (0221) 8907-3720	Fax.: (0221) 8907-3734
Probenannahme bis 12:30 Uhr (Citrat-Blut 5-10 ml und EDTA-Blut 2,7 ml)			
Globalteste		Thrombophilieabklärung	
<input type="radio"/> Quick	3960	<input type="radio"/> Antithrombin	3930
<input type="radio"/> aPTT	3946	<input type="radio"/> Protein C	3951
<input type="radio"/> PTZ	3606	<input type="radio"/> Protein S	3953
<input type="radio"/> Fibrinogen	3933	<input type="radio"/> Faktor VIII	3939
<input type="radio"/> Antithrombin	3930	<input type="radio"/> Lupus-Antikoagulantien	3947
		<input type="radio"/> APC Resistenz-Test	3951
<input type="radio"/> Thrombozytenzahl	3550		
Einzelfaktoren		Molekulargenetische Diagnostik	
<input type="radio"/> Faktor II	3939	Einverständnis entsprechend Gendiagnostikgesetz erforderlich, siehe Rückseite	
<input type="radio"/> Faktor V	3939	<input type="radio"/> Faktor V-Leiden-Mutation	3920, 3922 2 x 3925
<input type="radio"/> Faktor VII	3940	<input type="radio"/> Prothrombin G20210A-Mutation	3920, 3922 2 x 3925
<input type="radio"/> Faktor VIII	3939		
<input type="radio"/> Faktor IX	3939		
<input type="radio"/> Faktor X	3940	Blutungsabklärung	
<input type="radio"/> Faktor XI	3939	<input type="radio"/> Globalteste	
<input type="radio"/> Faktor XII	3940	<input type="radio"/> Thrombozytenzahl	3550
<input type="radio"/> Faktor XIII	3943	<input type="radio"/> Faktor VIII	3939
<input type="radio"/> v. Willebrand-Faktor	3956 3963	<input type="radio"/> Faktor IX	3939
<input type="radio"/> Plasminogen	3948	<input type="radio"/> Faktor XIII	3963
<input type="radio"/> D-Dimere	3938	<input type="radio"/> v. Willebrand-Antigen	3956
		<input type="radio"/> v. Willebrand-Aktivität	3963
<input type="radio"/> Anti Xa-Aktivität (Angabe des Antikoagulanz zwingend erforderlich)			
Spezialteste (nur nach telefonischer Absprache)			
<input type="radio"/> Thrombozytenaggregation ¹ (siehe Rückseite)	3961	<input type="radio"/> Thrombozytäre Allo-/Autoantikörper ² (siehe Rückseite)	3996 4003
		<input type="radio"/> Heparin-induzierte Thrombozytopenie ³ HIT (siehe Rückseite)	3950

G 0050999**G 0050999****G 0050999****G 0050999****G 0050999****G 0050999****Bitte beachten Sie die Rückseite!**

Bei **Gerinnungsanforderungen** werden grundsätzlich die Globalteste, Fibrinogen und die Thrombozytenzahl mitbestimmt.

Untersuchungsmaterial:

- Citrat-Blut/-Plasma Monovette grün (1 Teil Citrat + 9 Teile Patientenblut)
- EDTA-Blut zur Thrombozytenzählung

Bei der Blutentnahme bitten wir zu beachten:

- kurzdauernde Stauung
- Wiederholungspunktion und Schaumbildung bei Aufziehen zu vermeiden
- gute, aber vorsichtige Durchmischung (**nicht schütteln!**) von Blut und Antikoagulanzen
- Exaktes Mischungsverhältnis (Monovette bis zur Markierung füllen)
- Blut sollte baldmöglichst nach der Abnahme (wünschenswert innerhalb 1 Stunde) im Labor sein, da es sonst zur Voraktivierung der Faktoren kommen kann und Ergebnisse verfälscht werden können.
- Citrat-Blut zur Bestimmung der Anti-Xa-Aktivität sollte innerhalb von 30 Minuten im Gerinnungslabor eingetroffen sein.

Bei Kindern: Entnahmevolumen bitte anpassen und entsprechende Entnahmebehältnisse benutzen. Rücksprache erbeten, je nach Fragestellung.

¹**Thrombozytenaggregation** (bitte vorher telefonische Terminabsprache): 15-20 ml Citrat-Blut

²**Thrombozytäre Allo-/Autoantikörper:** 15-20 ml EDTA-Blut + 10-15 ml Nativblut

Bei Anforderungen für Kinder bitte vorher telefonische Absprache.

³**HIT-Typ II:** 5-10 ml Nativblut, 3-5 ml Citrat-Blut, 2,7 ml EDTA-Blut

Einverständniserklärung zur Durchführung genetischer Untersuchungen gemäß Gendiagnostikgesetz (GenDG) ab dem 01.02.2010:

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis zur Probenentnahme und Durchführung der geplanten genetischen Untersuchung(en):

- Prothrombin-Mutation G2010A
- Faktor V-Leiden-Mutation
(nur falls Ergebnis für die APC-Resistenz eine pathologische Ratio aufweist)

Ich wurde über Art, Umfang und Aussagekraft der Analyse aufgeklärt und beraten. Ich habe keine weiteren Fragen, alle Fragen wurden vollständig beantwortet. Mit der Erfassung, Auswertung und Weitergabe der persönlichen Daten unter Berücksichtigung des Datenschutzgesetzes, des Gendiagnostikgesetzes, auch der elektronischen Datenverarbeitung (EDV) bin ich einverstanden. Die durchzuführende Analyse richtet sich gezielt auf die o.a. Fragestellung, sie dient nicht der Erlangung von Aussagen von eventuell anderen Krankheiten oder Erbanlagen. Ich bin einverstanden dass verbleibendes Probenmaterial für eine spätere Nachprüfbarkeit der Ergebnisse und Kontrollzwecke bis auf Widerruf aufbewahrt werden kann. Ich möchte, dass meine Untersuchungsergebnisse nicht nach der vorgeschriebenen Frist von 10 Jahren* gelöscht werden können. Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligungserklärung jederzeit widerrufen und von meiner Mitteilung über das Ergebnis der Untersuchung Abstand nehmen kann.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten/der Patientin, ggf. Erziehungsberechtigte/r / gesetzliche/r Vertreter/in

Eine Aufklärung gemäß Gendiagnostikgesetz hat stattgefunden und ich beauftrage Sie mit der Durchführung der o.g. Untersuchung(en).

Nur bei Thrombophilie-Abklärung:

- Aufklärung des Patienten zum Zeitpunkt der Blutentnahme nicht möglich im Rahmen der Grunderkrankung
(Angaben der Diagnose zwingend erforderlich)

Unterschrift der/des verantwortlichen Arzt/Ärztin

Name in Druckbuchstaben bzw. Stempel

*die Ergebnisse der durchgeführten genetischen Untersuchung werden 10 Jahre gemäß Standardregelung lt. § 13 GenDG aufbewahrt.