

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 Antikoagulanz
- 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: Entnahmehvolumen 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 (=Serumprobe)

Bei Anforderungen für Kinder bitte vorher telefonische Absprache.

³**HIT-Typ II:** 5-10 ml Nativblut (=Serumprobe), 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 einer 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.