



Name des Patienten (bitte in Blockschrift)		Vorname	
Strasse, Nr.		Geburtsdatum	
PLZ, Wohnort		Geschlecht M W	
Referenznummer Auftraggeber		Entnahmedatum	
		Letzte Auftragsnummer	

Bericht per:	<input type="checkbox"/> Post	<input type="checkbox"/> E-Mail	<input type="checkbox"/> Telefax	<input type="checkbox"/> Telefon
Rechnung an:	<input type="checkbox"/> Patient (ambulant)	<input type="checkbox"/> Auftraggeber		
Gemäss AL:	<input type="checkbox"/> Vollständiger Auftrag	<input type="checkbox"/> Teilauftrag		

Diagnose / Medikamente

SSW: 10 20 30 40 1 2 3 4 5 6 7 8 9

Anti-D gespritzt: ja Datum: nein

Hinweis zur Rechnungsstellung

Für Patientenrechnungen muss zwingend die vollständige und aktuelle Adresse des Patienten angegeben werden. Sämtliche nachträglich gemeldeten Änderungen (sowohl Adressänderungen als auch Wechsel Rechnungsempfänger) verursachen Mehrkosten, welche Ihnen als Auftraggeber mit CHF 30.- pro Fall in Rechnung gestellt werden.

Untersuchungsmaterial

<input type="checkbox"/> EDTA-Blut	<input type="checkbox"/> Citrat-Blut / -Plasma	<input type="checkbox"/> Segment	<input type="checkbox"/> Plasmabeutel	<input type="checkbox"/> Vollblut
<input type="checkbox"/> Nativblut	<input type="checkbox"/> EDTA-Plasma	<input type="checkbox"/> Erythrozytenkonzentrat	<input type="checkbox"/> Andere	
<input type="checkbox"/> Serum	<input type="checkbox"/> Heparinblut	<input type="checkbox"/> Thrombozytenkonzentrat		

Die Ziffern in Klammern (1-9) beziehen sich auf die Entnahmevorschriften: Siehe Rückseite

Immunhämatologie

- Blutgruppe und Rhesusfaktor (1 oder 3)
- Rhesusphänotypisierung (nur mit Blutgruppe) (1 oder 3)
- Erythrozyten-Alloantikörper (1 oder 2)
- Direkter Antiglobulintest bei Neugeborenen (3)
- Immun Anti-A resp. -B Titer (0-A/B Konst.) (1)
- Antikörper gegen Immunglobulin A (bei Transfusionsreakt., IgA Mangel Syndrom) (1 oder 2)

Abklärung bei Verdacht auf AIHA (1 und 3)

- Erythrozyten-Autoantikörper (3) (Anti-IgG + Titer, C3d, IgM, IgA, ev. Elution)
- Kälteagglutinintiter (6)
- Donath-Landsteiner-Test (6)
- Säure-Kälte Hämolyse (6)

Molekulare Diagnostik (PCR-SSP) (3)

- ABO
- RHD Variante mittels PCR (Dweak, Dpartial)
- RHD-Zygotie
- Kell, Kidd, Duffy, MNSs Genotyp
- RHCE Genotyp
- Weitere Blutgruppen:
- Foetale RHD-Bestimmung aus mütterlichem Plasma (3 oder 9)

→ telefonische Anmeldung mit Angabe SSW: 031 384 23 50

Lymphozyten Typisierung

- CD3-, CD4-, CD8-, CD19 und CD16/56-Zahl (3 und 7)

Thrombozytenimmunologie

- Thrombozytenantikörper (1 oder 2 und 8) (7)
- Thrombozytenkreuzprobe nach Absprache (1 oder 2 und 3) (7)
- HPA-Typisierung, molekularbiologisch (3) (7)

Schwangerschaftsuntersuchung

1. Untersuchung (1 oder 3)

- Blutgruppe und Rhesusfaktor, Alloantikörper, Serothek
- Fakultativ: Syphilis (Lues)

2. Untersuchung, ca. 28. SSW (1 oder 3)

- Alloantikörper, HBsAg, Serothek (1 Jahr bei -30°C)

Auf Wunsch können folgende Untersuchungen durchgeführt werden:

- Toxoplasmose, Antikörper (IgG/IgM)
- Rubella, Antikörper (IgG/IgM)
- HIV-1/2, Antikörper

Qualitätskontrolle Blutprodukte

- Restleukozyten
- Resterythrozyten
- pH-Bestimmung

Blutbild (3)

- Blutbild (Leukozytenzahl, Erythrozytenzahl, Thrombozytenzahl, Hb, Hk)

Nur für internen Gebrauch

Ausgepackt / Eingangskontrolle:

Eingelesen: _____

Etikettiert: _____

Abipettiert: _____ 2. Erfa: _____

Serologische Verträglichkeitsprüfung (1 und 3)

Blutbestellung: Erythrozytenkonzentrate: Lieferdatum:

Röhrchen **muss** mit Namen, Vornamen, Geburtsdatum und Entnahmedatum beschriftet werden. Mit falsch oder nicht beschrifteten Röhrchen werden **keine** Verträglichkeitsprüfungen durchgeführt. Bei Schwierigkeiten bitte Telefon 031 384 23 50 anrufen.

Feld für IRB reserviert



Hepatitis -A

Serologische Nachweise (1 oder 2)

- Hepatitis-A Antikörper (IgG/IgM)
- Hepatitis-A Antikörper IgM

Molekulare Nachweise (2, 3, 4 oder 5)

- Hepatitis-A RNS PCR qualitativ
- Hepatitis-A RNS PCR quantitativ (viral load)

Hepatitis -B

- Hepatitis-B Serologie (HBsAg, Anti-HBs, Anti-HBc) (1 oder 2)

Einzelne Hepatitis-Marker (1 oder 2)

- HBsAg
- HBsAg Bestätigung (Neutralisation)
- Anti-HBs
- Anti-HBc (IgG/IgM)
- Anti-HBc IgM
- HBeAg
- Anti-HBe
- Hepatitis-B Impftiter

Molekulare Nachweise (2, 3, 4 oder 5)

- HBV-DNS PCR qualitativ
- HBV-DNS PCR quantitativ (viral load)
- HBV Genotypisierung mittels PCR

Hepatitis -C

Serologische Nachweise (1 oder 2)

- Hepatitis-C Antikörper Screening
- Hepatitis-C Bestätigung (Blot)

Molekulare Nachweise (2, 3, 4 oder 5)

- HCV-RNS PCR qualitativ
- HCV-RNS PCR quantitativ (viral load)
- HCV Genotypisierung mittels PCR

Hepatitis -D

Serologische Nachweise (1, 2, 3, 4 oder 5)

- Hepatitis-D Antikörper IgG

Molekulare Nachweise (1, 3, 4 oder 5)

- HDV-RNS PCR qualitativ
- HDV-RNS PCR quantitativ

Hepatitis -E

Serologische Nachweise (1, 2, 3, 4 oder 5)

- Hepatitis-E Antikörper IgG
- Hepatitis-E Antikörper IgM

Molekulare Nachweise (1, 3, 4 oder 5)

- HEV-RNS PCR qualitativ
- HEV-RNS PCR quantitativ

Art der Labordienstleistung

- Labordienstleistungen im Bereich Humanmedizin
- Labordienstleistungen in anderen Bereichen (Doping, Transplantation usw.)

Entnahmevorschriften

- | | | |
|------------------------------|--|---|
| 1 Nativblut | 6 Blut sofort bei 37°C gerinnen lassen, Serum noch warm in ein leeres Röhrchen überführen. Mindestens 5 ml Serum einsenden. | 8 Thrombozyten ≥ 100 G/l: 20ml EDTA-Blut
Thrombozyten < 100 G/l: 30ml EDTA-Blut |
| 2 Serum | | 9 Strecktube Cell-Free DNA BCT® 10ml |
| 3 EDTA-Blut | | |
| 4 EDTA-Plasma | 7 Versand sofort nach Entnahme: muss bis Freitag 08.00 Uhr im Labor sein. | |
| 5 Citrat-Blut, Citrat-Plasma | | |

Direkte Telefonnummern

- | | | |
|---|--|--|
| 031 3842333: 24 Stundendienst (Blutbestellungen) | 031 384 23 00 Laboradministration | 031 384 23 70 Infektionsmarker Referenzlabor |
| Pikettendienst Immunhämatologie | 031 384 23 50 Immunhämatologie Referenzlabor | 031 384 23 10 Molekulare Diagnostik |
| | 031 384 23 57 Qualitätskontrolllabor | 031 384 23 21 Thrombozytenimmunologie |

HIV

Serologische Nachweise (1 oder 2)

- HIV-1/2 Antikörper/Antigen Screening (Combo)
- HIV-1/2 Bestätigung (Blot)
- HIV-1 (p24) Antigen
- HIV-1 (p24) Antigen Bestätigung (Neutralisation)

Molekulare Nachweise (2, 3, 4 oder 5)

- HIV-1-RNS PCR qualitativ
- HIV-1-RNS PCR quantitativ (viral load)
- HIV-2-RNS PCR (nicht im akkreditierten Bereich)

HIV-Therapie Indikation

- CD3-, CD4-, CD8-, CD19 und CD16/56-Zahl (3 und 7)
- HIV-1 (p24) Antigen (1 oder 2)
- HIV-1 PCR quantitativ (viral load), bei Bedarf (2, 3, 4 oder 5)

Untersuchungsmaterial:

2-3 ml Serum/Plasma und 5-10 ml EDTA-Blut

Versand der Blutproben:

Montag bis Donnerstag **sofort nach der Blutentnahme**

Syphilis (Lues) (1 oder 2)

- Lues-Screening
- Lues-Konfirmation (Blot)

Andere Infektionsmarker

Serologische Nachweise (1 oder 2)

- HTLV 1/-2 Antikörper (IgG/IgM)
- CMV IgG Antikörper
- CMV IgM Antikörper
- Plasmodium spp. Antikörper (Malaria) IgG/IgM
- Rubella IgG Antikörper
- Rubella IgM Antikörper
- VZV IgG Antikörper (Varizellen)
- Toxoplasmose IgG Antikörper
- Toxoplasmose IgM Antikörper
- Trypanosoma Cruzi Antikörper (Chagas)

Molekulare Nachweise

- Parvovirus B19 DNS PCR qualitativ und quantitativ (2, 3, 4 oder 5)

Andere Analysen

-
-

Bemerkungen, Bestellungen

-
-
-
-