



Einsender: **"Kd-Nr. xxxxxxxx"**
Einsender-Labor
PLZ Einsender-Ort
* Die Angaben in diesem Feld werden von IRB ausgefüllt.
 Formularbestellungen an Laboradministration via 031 384 23 00
 oder labordiagnostik@itransfusion.ch

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

Referenznummer Auftraggeber

Bericht per: Post E-Mail Telefax Telefon
 Rechnung an: Patient (ambulant) Auftraggeber
 Gemäss AL: Vollständiger Auftrag 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

EDTA-Blut Citrat-Blut / -Plasma Segment Plasmabeutel Vollblut
 Nativblut EDTA-Plasma Erythrozytenkonzentrat Andere
 Serum Heparinblut 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)
- Kälteagglutintiter (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 (9)
 → zwingend mit Angabe SSW und Entnahmedatum

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

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) (1, 2, 3, 4 oder 5)
- Rubella, Antikörper (IgG/IgM) (1, 2, 3, 4 oder 5)
- HIV-1/2, Antikörper (1, 2, 3, 4 oder 5)

Qualitätskontrolle Blutprodukte

- Restleukozyten Resterythrozyten pH-Bestimmung

Blutbild (3)

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

Nur für internen Gebrauch

Ausgepackt / Eingangskontrolle:

Eingelesen:

Etikettiert:

Abpipettiert:

2. Erf:

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.



Hepatitis-A

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

- 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, 2, 3, 4 oder 5)

Einzelne Hepatitis-Marker (1, 2, 3, 4 oder 5)

- 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, 2, 3, 4 oder 5)

- 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.)

HIV

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

- 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, 2, 3, 4 oder 5)
- 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, 2, 3, 4 oder 5)

- Lues-Screening
- Lues-Konfirmation (Blot)

Andere Infektionsmarker

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

- 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

-
-
-

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 EDTA-Blut mind. 9 ml oder
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 |
| Pikettdienst Immunhämatologie | 031 384 23 50 Immunhämatologie Referenzlabor | 031 384 23 10 Molekulare Diagnostik |
| | 031 384 23 57 Qualitätskontrolllabor | 031 384 23 21 Thrombozytenimmunologie |