



KLINIK FÜR KINDER- UND JUGENDMEDIZIN

Labor Spezielle Hämatologische Diagnostik, Klinik f. Kinder- und Jugendmedizin Zentrum für Seltene Störungen der Hämatopoese und Immundefekte (ZSHI Ulm)

| PATIENTENDATEN: | EINSENDER: | | | | |
|---|--|------------------|------------------------------|---|--|
| (ggf. Patienten-Aufkleber) | Adresse oder Ster | npel | | Ärztliche Direktorin Prof. Dr. med. Miriam Erlacher Eythstraße 24 | |
| Name: Vorname: | | | | 89075 Ulm | |
| Geburtsdatum: Geschlecht: □ w □ m | | | | Spezielle hämatologische Diagnostik | |
| PLZ: Wohnort: Strasse: EINSENDUNG AN: Spezielle hämatologische Diagnostik (Hb-Labor) Klinik für Kinder- und Jugendmedizin Eythstraße 24 89075 Ulm | Tel.: | | | Prof. Dr. H. Cario (Leitung) holger.cario@uniklinik-ulm.de Prof. Dr. M. Erlacher Sekretariat | |
| | Name: (in Druckbuchstaben) | | | T: 0731 500-57149 F: 0731 500-57103 | |
| | Unterschrift: *zur Sicherstellung der Erreichbarkeit bei kritischen Ergebnissen | | | | |
| ABRECHNUNGSINFORMATIONEN Ambulant | | | | | |
| Gesetzliche Krankenversicherung (bitte Ü nach §116B EBM (bitte Überweisungssche einsendendes Klinikum Rechnung an einsendende(n/s) Praxis/Klii Ambulanter Patient mit privater Kranken Rechnungsadresse beifügen) | ein Nr. 6 oder Laborül nikum/Laborarzt | perweisung Nr. 1 | 10 beifügei | n) => Rechnung an | |
| Stationär | | | | | |
| Rechnung an einsendende Klinik (ggf. mir Patient mit wahlärztlichen Leistungen => | | (bitte Rechnung | gsadresse l | beifügen) | |
| INFORMATIONEN ZUM PATIENTEN | | | | | |
| Klinische Verdachtsdiagnose: | | ethnische Herl | kunft: | | |
| Wurde der Patient bereits transfundiert? O j | a O nein | Letzte Transfu | ısion am: | | |
| Blutbild: | | Klinisch-chem | ische Labo | rwerte: | |
| · | G/L % | . 3 | μg/l O normal O normal | TransfSätt.: % O erniedrigt O erhöht | |

O Hämatologischer und/oder genetischer Vorbefund z.B. von Angehörigem bekannt

Reti. rel: %

• Falls in externem Labor erhoben und Angehöriger einverstanden, bitte Befundkopie mitschicken

Reti. abs.: G/L

- Falls in Labor Ulm erhoben und Angehöriger einverstanden, bitte Befundkopie und/oder Angaben zum Angehörigen (Name, Vorname, Geb.-Datum, Zeitpunkt der Untersuchung) mitschicken
- Konfirmationsdiagnostik bei positivem Befund im Neugeborenen-Screening auf Sichelzellkrankheit

Bili:

O normal

O erhöht

Lab.Anfo. V 01.07.2024 Seite 1 von 2



ANFORDERUNG VON LABORUNTERSUCHUNGEN

Bitte **stets** Einverständniserklärung zur Durchführung einer Untersuchung gemäß Gendiagnostikgesetz (GenDG) beifügen! Rückfragen unter 0731 500 57149

Dauer der Analysen (bis Befundversand):

Biochemische Untersuchungen: - Sphärozytose-Dx, Enzym-Dx: max. 7 Tage (länger, falls zusätzlich Hb-Analyse)

- Hb-Analyse: 7-14 Tage

- HbF-Zellen in maternalem Blut: max. 24 Std. (vorab telefonische. Mitteilung)

Genetik: - nur HBB: 2-4 Wochen

- genetische Stufendiagnostik (HBB, HBA1, HBA2): 4-8 Wochen (abhängig von Umfang)

- G6PD, PKLR, CYB5R3: 3-5 Monate

| Untersuchung | | Volumen / Material* | entnommen am: | |
|---|--|-------------------------|---------------|--|
| Hämoglobinanalyse | | | | |
| O Hämoglobin-Analyse (HPLC, KapElpho): | | 1x 2,7ml EDTA | | |
| O Hämoglobingenetik (Stufen-Dx., falls Hb-Analyse unauffällig) | | 1x 2,7ml EDTA | | |
| Hämoglobingenetik (explizit erbeten, ggf. auch ergänzend zu Hb-Analyse) alpha-Globin-Gen (HBA1, HBA2) beta-Globin-Gen (HBB) gamma-Globin-Gen-Promotoren (HBG1, HBG2) | | 1x 2,7ml EDTA | | |
| Sphärozytose / Membrandefekte Bitte beachten: Probenalter < 72 h für AGLT obligat! | | | | |
| O Sphärozytose-Diagnostik (AGLT [Pin | k-Test], EMA-FACS): | 1x 2,7ml EDTA | | |
| Erythrozytenenzyme | Bitte beachten: Probenalter < 48 h für MetHb-Reduktase Diagnostik obligat! | | | |
| O Glukose-6-Phosphat-Dehydrogenase G6PDH-Aktivität: | | 1x 2,7ml EDTA | | |
| O Pyruvatkinase-Aktivität: | | 1x 2,7ml EDTA | | |
| O Met-Hb-Reduktase (CytB5-Reduktase) | | 1x 2,7ml EDTA | | |
| HbF-Zellen | | | - | |
| O HbF-Zellen bei V.a. fetomaternale Transfusion | | 1x 1,2ml EDTA | | |
| Methämoglobin Bitte beachten: MetHb nach längerer Lagerung/Transport begrenzt beurteilbar! | | | | |
| O Met-Hb: | | 1x 1,2ml <u>Li-Hep.</u> | | |
| Andere genetische Untersuchungen (nur nach Voranfrage !) | | | | |
| O G6PD-Gen (Diagnostik Glukose-6-Phosphat-Dehydrogenase- Mangel) | | 1x 2,7ml EDTA | | |
| O PKLR-Gen (Diagnostik Pyruvatkinase-Mangel) | | 1x 2,7ml EDTA | | |
| O CYB ₅ R ₃ -Gen (Diagnostik Met-Hb-Reduktase-Mangel) | | 1x 2,7ml EDTA | | |
| BESONDERE FRAGESTELLUNGEN / | ANFORDERUNGEN | | | |

UNTERSUCHUNGSMATERIAL:

Versand: ungekühlt, **Expressversand empfohlen**, Postversand möglich *Bei Säuglingen statt 2,7ml ggf. 1,2 ml möglich <u>Bitte stets mindestens 2 Röhrchen schicken!</u>

Lab.Anfo. V 01.07.2024 Seite 2 von 2