Untersuchungsauftrag
Spezielle Immunhämatologie und Immungenetik
Abklärung V. a. fetale / neonatale
Alloimmunthrombozytopenie (FNAIT)

Universitätsklinikum Erlangen

An: Transfusionsmedizinische und
Hämostaseologische Abteilung
Leiter: Prof. Dr. H. Hackstein, MBA
Tel.: 09131 / 8536972 (Sekretariat)
Krankenhausstraße 12
91054 Erlangen

Einsender:

Patient:
Name ..... Vorname ..... Geburtsdatum .....

Mutter:
Name ..... Vorname ..... Geburtsdatum .....

Vater:
Name ..... Vorname ..... Geburtsdatum .....

Fragestellung: .....

Angaben zur Mutter: Anzahl der vorherigen Schwangerschaften / Aborte: ..... / .....

Probleme in früheren Schwangerschaften: .....

Vom Einsender anzukreuzen:

Gewünschte Untersuchungen

HPA-Genotypisierung (je 1ml EDTA-Blut / ggf. 5 ml Fruchtwasser)
☐ Patient ☐ Mutter ☐ Vater

Thrombozytenantikörper (10 ml Nativblut)
☐ Mutter

Anfordernder Arzt:
Name: ..... Unterschrift: ..... Telefon: .....

Im Labor auszufüllen:
Eingangskontrolle Datum:..... .....
Unterschrift MTA

☐Nativblut Mutter ☐EDTA-Blut Mutter ☐EDTA-Blut Vater ☐EDTA-Blut Kind

Durchgeführte Untersuchungen:
☐ Thrombozytenantikörpersuche per bead array Test (PakLX) ☐ HPA-Genotypisierung

☐ Befundbrief erstellt .....
Unterschrift Arzt:

Change Management

Version	Datum der Änderung	Änderungsgrund
01 Formular-Nr. 137	13.06.2018	redaktionelle Überarbeitung
02	20.03.2019	Neue Systematik; Kopievorlage im Labor; pdf zum Download auf der Abteilungshomepage