



Untersuchungsanforderung Transplantationsdiagnostik

(gewünschte Untersuchung bitte auf der Rückseite ankreuzen)

Prof. Dr. med. Peter Horn
 Institut für Transfusionsmedizin
 Transplantationsdiagnostik
 Robert-Koch-Haus
 Universitätsklinikum Essen
 Virchowstraße 179
 45147 Essen

Sekretariat:
 Tel.: (0201) 723-4201 / Fax: (0201) 723-5906
 Labor:
 Tel.: (0201) 723-4208 / Fax: (0201) 723-5072
 Koordination Stammzellspendersuche:
 Tel.: (0201) 723-4203 / Fax: (0201) 723-5744
 Transplantationsdiagnostik@uk-essen.de

Auftraggeber/Einsender

(bitte Stempel verwenden)

Untersuchungsmaterial von:

(bitte Adressaufkleber verwenden)

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße

Nr.

PLZ

Wohnort

weiblich

männlich

divers

Angehöriger von/Spender für:

Patient ambulant

Bei gesetzlich versicherten ambulanten Patienten ist ein Laborüberweisungsschein (Muster 10) erforderlich.

Patient privat versichert

Patient stationär mit Wahlleistung

Patient stationär ohne Wahlleistung

Abrechnung nach §116b SGB V

Studie (keine Abrechnung über Krankenkasse)

Untersuchungsmaterial

(Entnahme und Versand s. Rückseite)

Heparinblut

Nativblut/Serum

EDTA-Blut

EDTA-Knochenmark (KM)

Sonstiges _____

Entnahmedatum

--	--	--	--	--	--

Tag Monat Jahr

Entnahmezeitpunkt

: Uhr

Untersuchung eilt!
 (Begründung bitte angeben)
 Befund bitte faxen an:

Bei Therapiemaßnahmen wie z.B. Plasmapheresen bitte zusätzlich angeben, ob die Probenentnahme vor oder nach Therapie erfolgte.

Diagnose/ICD-10 _____

Fragestellung _____

Bemerkung

HBsAg positiv

HCV positiv

HIV positiv

Für Rückfragen erreichbar unter Telefon-Nr.: _____

Stempel und Unterschrift des Auftraggebers

HLA-Testung vor Organtransplantation

☎ Rückfragen unter (0201) 723-4208

- niedrigauflösende HLA-A,B,C,DRB1,DQB1,DQA1-Testung[§] (Einfeld-Auflösung) bei Organempfänger u. Organspender
- Mit der Beauftragung bestätigt der Auftraggeber, dass der Patient zur Organtransplantation registriert wurde.

HLA-Testung vor Thrombozytengabe

☎ Rückfragen unter (0201) 723-4213

- niedrigauflösende HLA-A und -B Testung

Antikörpernachweis

☎ Rückfragen unter (0201) 723-4208

- HLA-Antikörper Bestimmung[§]
- C1q bindende HLA-Antikörper[§]
- Cross-Match (LCT)*
- Cross-Match (FCM)*
- anti-AT1R (Angiotensin II-Typ 1-Rezeptor)[#]
- Thrombozyten-Antikörper Bestimmung

HLA-Testung vor Blutstammzell-Transplantation

☎ Rückfragen unter (0201) 723-4213

- niedrigauflösende HLA-A,B,C,DRB1,DQB1-Testung[§] (Einfeld-Auflösung) bei Erst- und Bestätigungstestung des Empfängers oder Bestätigungstestung des Familienspenders
- hochauflösende HLA-A,B,C,DRB1,DQB1,DPB1-Testung[§] (Zweifeld-Auflösung) bei Bestätigungstest des Empfängers vor Fremdspendersuche
- niedrigauflösende HLA-A,B,DRB1-Testung[§] (Einfeld-Auflösung) bei Ersttestung von Familienspender

Sonstige Immungenetik

☎ Rückfragen unter (0201) 723-4213

- KIR-Genotypisierung^{§#}
- CCR5 delta Nachweis[#]
- Chimärismusanalyse (qPCR)^{***}
- Loss-of-Heterozygosity (HLA Loss)^{***#}
- DRB3* DRB4* DRB5*

Leukozyten-Differenzierung

☎ Rückfragen unter (0201) 723-4227

- Lymphozyten (B, T, NK)-Differenzierung
- Lymphozyten-Aktivierungsmarker

Lymphozytenfunktion

☎ Rückfragen unter (0201) 723-4209

- LTT-Mitogen**
- Tuberkulose-ELISpot^{***§}
- CMV-ELISpot^{***§}

Granulozytenfunktion

☎ Rückfragen unter (0201) 723-4209

- Phagozytose-Test^{§#}

Humorales Immunogramm

☎ Rückfragen unter (0201) 723-4208

- Diphtherie IgG Ak
- Tetanus IgG Ak

Spezial-Untersuchung/Studie:

_____ nach Absprache vom _____ Datum

mit _____ Name des Mitarbeiters

§ beinhaltet gutachterliche Stellungnahme bei Beurteilung der immungenetischen Spenderauswahl (Stammzelltransplantation und Lebendnierenspende), Beurteilung von Antikörperspezifitäten und Beurteilung der Leukozytenfunktion.

HLA-Genetik/selektive HLA-Testung

☎ Rückfragen unter (0201) 723-4213

Fragestellung:

- HLA-A29 (Birdshot-Retinopathie)
- HLA-B51 (z.B. M. Behcet)
- HLA-B13, B17, Cw6 (z.B. Psoriasis)
- HLA-B27 (z.B. M. Bechterew)
- HLA-B*57:01 (Abacavir-HSR)
- HLA-DR15 (z.B. MS)
- HLA-DR3 (z.B. SLE, Typ 1 Diabetes)
- HLA-DR4 (z.B. Typ 1 Diabetes, PCP)
- HLA-DQ2 und DQ8 (z.B. Sprue)
- HLA-DQ6 (z.B. Narkolepsie)
- HLA-A1, -B8, -DR3 und -DR4 (z.B. AIH)
- sonstige HLA-Merkmale:

Untersuchungen des Blocks HLA-Genetik sind nur mit Einverständniserklärung gem. GenDG durchführbar.

Einverständniserklärung zur Durchführung genetischer Untersuchungen

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis zur Probennahme und Durchführung der geplanten genetischen Untersuchung. Ich wurde über Art, Bedeutung und Tragweite der Analyse aufgeklärt. Die durchzuführende Untersuchung richtet sich gezielt auf die links angegebene Fragestellung und dient nicht der Erlangung von Aussagen zu eventuellen anderen Krankheiten oder Erbanlagen. Mir wurde eine angemessene Bedenkzeit eingeräumt und ich habe derzeit keine weiteren Fragen. Ich bin damit einverstanden, dass verbleibendes Probenmaterial für eine spätere Nachprüfbarkeit der Ergebnisse und Kontrollzwecke sowie für Nachforderungen durch meine Ärztin/meinen Arzt und wissenschaftliche Zwecke bis auf Widerruf aufbewahrt werden kann. Ich möchte, dass meine Untersuchungsergebnisse nicht nach der vorgeschriebenen Frist von 10 Jahren gelöscht werden. Ferner stimme ich zu, dass die Untersuchungsergebnisse an mitbehandelnde Ärztinnen bzw. Ärzte weitergegeben werden können. Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligungserklärung jederzeit widerrufen und von einer Mitteilung über das Ergebnis der Untersuchung Abstand nehmen kann.

_____ Datum _____ Unterschrift des/der Patienten/in (ggf. Erziehungsberechtigte(r)/Gesetzliche(r) Vertreter(in)

Eine Aufklärung gemäß Gendiagnostikgesetz hat stattgefunden und ich beauftrage Sie mit der Durchführung der genannten genetischen Untersuchung.

_____ Unterschrift des/der verantwortlichen Arztes/Ärztin _____ Name in Druckbuchstaben bzw. Stempel

Wichtige Hinweise

Entnahme:

Nachstehend sind die benötigten Proben-Volumen pro Untersuchungsprogramm gelistet.

Probenbeschriftung:

Eine Probe muss mindestens beschriftet sein mit: Name, Vorname, Geburtsdatum, Entnahmedatum und falls notwendig Entnahmezeitpunkt. Nicht hinreichend oder eindeutig beschriftete Proben dürfen nicht angenommen werden!

Versand:

Der Tuberkulose/CMV-ELISpot werden nur von Montag bis Donnerstag durchgeführt. Das Untersuchungsmaterial für diese beiden Teste muss am Untersuchungstag bis 9.00 Uhr eintreffen!

Freitags und vor Feiertagen muss das Material für Cross-Match, Leukozyten-Differenzierung und Lymphozytenfunktion bis 9:00 Uhr im Labor sein!

HLA-Testung	5 ml EDTA-Blut
Antikörpernachweis	10 ml Nativ-Blut
Humorales Immunogramm	5 ml Nativ-Blut
CCR5 delta Nachweis	5 ml EDTA-Blut
Leukozyten-Differenzierung	5 ml EDTA-Blut
Lymphozytenfunktions-Testung	10 ml Heparin-Blut** (für LTT unbedingt steril)
Phagozytose-Test	5 ml Nativ-Blut + 10 ml Heparin Blut**
Chimärismusanalyse	5 ml EDTA-Blut, 2 ml EDTA-KM oder DNA ***

Akkreditierung:

- # Das Labor ist nach DIN EN ISO 15189 akkreditiert, nicht akkreditierte Untersuchungen sind mit einer Raute (#) markiert.
- * Für das Cross-Match (Nachweis von spenderspezifischen Antikörpern) mittels LCT und FCM werden 20 ml Nativ-Blut und 30 ml Heparin-Blut** vom Empfänger sowie 30 ml Heparin-Blut** vom prospektiven Spender benötigt.
- ** Bei Heparin-Blut muss die Konzentration zwischen 50 - 100 E Heparin pro ml Blut liegen. Bei Verwendung von LIQUEMIN 25000 oder HEPARIN-NOVO ergibt dies 0,1 ml z.B. LIQUEMIN 25000 pro/10 ml Blut. Es können auch mit Heparin beschichtete Probenröhrchen verwendet werden.
- *** Es wird EDTA-Blut, EDTA-KM oder DNA vom Empfänger vor Transplantation, vom Empfänger nach Transplantation und vom Spender benötigt. Die DNA muss mindestens eine Konzentration von 10 ng/µl und eine 260/280 Ratio größer 1,5 aufweisen. Für die Chimärismusanalyse werden vom Empfänger vor Transplantation 1200 ng, vom Empfänger nach Transplantation 400 ng und vom Spender 800 ng DNA benötigt. Für die Loss-of-Heterozygosity Diagnostik werden jeweils mindesten 50 ng DNA benötigt.