



Thrombozytendiagnostik

Campus Benjamin Franklin I CBF
Hindenburgdamm 30
12203 Berlin
Tel. 030 450 553 238
Fax 030 450 553 948

Anforderung Untersuchung bei Fetaler/Neonataler Alloimmunthrombozytopenie

Bei Einsendungen aus KV-Niederlassung: Bitte „U-Schein für Laboratoriumsuntersuchungen als Auftragsleistung“ beifügen.

Patientendaten

Mutter (M)

Name, Vorname; geb.

Kind (K)

Name, Vorname; geb.

Vater(V)

Name, Vorname; geb.

Fall-Nr.:

Fall-Nr.:

Fall-Nr.:

Erforderliches Untersuchungsmaterial

Mutter (M):

30 ml EDTA

10 ml Serummonovette

Kind (K):

1,5 ml EDTA

Vater (V):

20 ml EDTA

Folgende Untersuchungen werden durchgeführt:

Thrombozytenzählung (M, K, V)

Morphologische Beurteilung (Blutausstrich; M, K, V)

Untersuchung der mütterlichen Proben auf Auto- und Alloantikörper (gebunden und frei)

Absorption mütterlichen Serums an väterliche Thrombozyten (Kreuztest)

→ Nachweis gebundener Antikörper an väterliche Thrombozyten

→ Elution gebundener Antikörper und Nachweis

Molekulargenetische Typisierung der thrombozytären Alloantigene (HPA-1 bis HPA-11 und HPA-15; M, K, V)*

***Patienteneinwilligung für genetische Analysen (zwingend erforderlich!)**

Ich wurde gemäß den Erfordernissen des Gendiagnostikgesetzes (GenDG) über Zweck, Art, Umfang und Aussagekraft der angeforderten genetischen Untersuchung ausreichend aufgeklärt. Ich willige in die Untersuchung und die dafür erforderliche Probeentnahme nach ausreichender Bedenkzeit ein. Ich habe keine weiteren Fragen. Ich bin darüber aufgeklärt, dass ich meine Einwilligung jederzeit widerrufen und von der Mitteilung des Untersuchungsergebnisses Abstand nehmen kann.

Die genetische Probe wird unverzüglich nach Analyse bzw. bei Widerruf vernichtet.

Datum: Unterschrift Mutter:

Datum: Unterschrift Vater:

Datum

Name und Unterschrift der
abnehmenden Person

Name, Stempel und Unterschrift der
anfordernden Person