

Anforderungsbeleg für Thrombelastographie

Zuweiser (ggf. Stempel)

Organisation:

Abteilung:

Ärztin/Arzt:

Telefon (für Rückfragen):

Fax Nummer (notwendig für EDV-Ausfall)

Patientendaten (ggf. Barcodeaufkleber)

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Versicherungsnummer:

Geburtshilfe: ja

Klinische Information

(Verdachts)diagnose:

Klinische Informationen:

.....

.....

Akute Blutung: ja lebensbedrohlich (bitte das Labor unter 83034 verständigen)

Erforderliches Probenmaterial: Natrium-Citrat 3,5 ml

Datum d. Probengewinnung: um:

Zusätzliche Gerinnungsparameter – zusätzlich 3,5 ml Natrium-Citrat erforderlich

Prothrombinzeit (PZ)

APTT

Fibrinogen

Antithrombin (AT)

D-Dimer

Thrombozytenzahl

TEG Basisuntersuchungen

dringend

CK Kaolin (Standard Ansatz)

CK + CFF (Blutungsneigung / Schockraum)

CK + CKH (Abklärung Heparinisierungsstatus)

sonstige

Probennummer
(wird vom Labor vergeben)

Interpretation der Ergebnisse obliegt den Einsender*innen (Normwerte sind indikationsabhängig)