

ANFORDERUNGSCHEIN FÜR IMMUNOLOGISCHE UNTERSUCHUNGEN*

ACHTUNG: Annahmeschluss: Montag bis Freitag: **12:00 Uhr**

Pat.Name: Geb.dat. und Vers.Nr.: Krankenhaus: Arzt/Station/Ambulanz: Tel. für etwaige Rückfragen:	Anamnese / Diagnose / Fragestellung:
---	--------------------------------------

SERUM – ANALYSEN

<p>Immunglobulin-Analysen</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Immunglobulin G, M, A I <input type="checkbox"/> Immunglobulin G-Subklassen <input type="checkbox"/> Immunglobulin D I <input type="checkbox"/> Immunglobulin E I <input type="checkbox"/> Immundefixation <input type="checkbox"/> Hevylite <input type="radio"/> G <input type="radio"/> M <input type="radio"/> A <input type="radio"/> GMA <input type="checkbox"/> Freelite <p>Komplement-Analysen</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Gesamtaktivität (CP/AP) # <input type="checkbox"/> Komplementaktivität Lektinweg (MBLA) # <input type="checkbox"/> Komplement C3, C4 <input type="checkbox"/> C1 Esterase Inhibitor (Aktivität) # <input type="checkbox"/> C1 Esterase Inhibitor (Antigen) <input type="checkbox"/> Komplement C1q <input type="checkbox"/> Mannan bindendes Lektin (MBL) # <p><i># = frisches Serumröhrchen bzw. gefrorenes Serum erforderlich</i></p> <p>Zirkulierende Immunkomplexe</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> C1q bindende Immunkomplexe <p>Rheumaserologie</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Citrullin (CP) Antikörper <input type="checkbox"/> Rheumafaktor Isotypen (IgG,M,A) <input type="checkbox"/> Antistreptolysin O Antikörper <input type="checkbox"/> Myositis Antikörper (Mi-2, PM-Scl, Ku, PL-7, PL-12) <input type="checkbox"/> C1q Antikörper <input type="checkbox"/> Fodrin Antikörper (IgG) <p>Hämophagozytose-Abklärung</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> sCD25-löslicher IL-2 Rezeptor 	<p>Zellkern Antikörper</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Antinukleäre Antikörper (ANA) (IFT) mit Subset-Spezif. bei pos. Befund <input type="checkbox"/> Antinukleäre Antikörper (ANA) (IFT) <p><u>ANA Subsets:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ds-DNA Antikörper (IFT) <input type="checkbox"/> Sm Antikörper (SLE) <input type="checkbox"/> nRNP Antikörper (MCTD, SLE) <input type="checkbox"/> Ro/SS-A Antikörper (Sjögren, SLE) <input type="checkbox"/> La/SS-B Antikörper (Sjögren) <input type="checkbox"/> Scl70 Antikörper (Sklerodermie) <input type="checkbox"/> Jo-1 Antikörper (Polymyositis) <input type="checkbox"/> Histon Antikörper <input type="checkbox"/> Nucleosomen Antikörper <input type="checkbox"/> Centromer Antikörper (CREST) <input type="checkbox"/> Ribosom P Antikörper <p>Anti-Phospholipid-Syndrom</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Cardiolipin Antikörper (IgG, IgA, IgM) <input type="checkbox"/> Beta-2-Glykoprotein-1 Antikörper (IgG, IgA, IgM) <p>Magen-Darm-Erkrankungen</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Anti-DGP Antikörper (IgA, IgG)/ Anti-Transglutaminase Antikörper (IgA,IgG) <input type="checkbox"/> Parietalzell Antikörper (IFT) <input type="checkbox"/> Intrinsic Factor Antikörper <input type="checkbox"/> Sacch.cerevisiae AK (IgA, IgG) s. auch: ANCA (Inflammatory Bowel Dis.) <p>Diabetesdiagnostik</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Glutaminsäure-Decarboxylase (GAD) Antikörper (*) <input type="checkbox"/> Tyrosin-Phosphatase IA2 AK <input type="checkbox"/> Insulin Antikörper 	<p>Lebererkrankungen</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Autoimmun-Hepatitis-Screen (ANA (IFT), Glatte Muskel AK (IFT), Aktin AK (IFT), LKM1 AK, SLA AK, LC1 AK) <input type="checkbox"/> Primär biliäre Cholangitis (PBC) (Mitochond. AK (IFT), M2 AK, gp210 AK, sp100 AK) <p>Gefäß/Nieren-Erkrankungen</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ANCA (Anti Neutroph. Cytopl. AK) (IFT) (PR-3 AK, MPO AK, ANA (IFT)) <input type="checkbox"/> Glomerul. Basalmembran (NC1) AK <input type="checkbox"/> Phospholipase A2 Rezeptor AK (IFT) <input type="checkbox"/> C3 Nephritogener Faktor (*) <p>Schilddrüsenerkrankungen</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Thyreoglobulin (TG) Antikörper <input type="checkbox"/> Thyreoperoxidase (TPO) Antikörper <p>Sonstige Antikörper</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Herzmuskel Antikörper (IFT) <input type="checkbox"/> Skelettmuskel Antikörper (IFT) <input type="checkbox"/> Acetylcholinrezeptor Antikörper (*) <input type="checkbox"/> Muskel-spez. Rezeptor-Kinase Antikörper <input type="checkbox"/> Nebennierenrinden Antikörper (*) (IFT) <p>Impfantikörper</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Haemophilus Influenzae B AK (IgG) II <input type="checkbox"/> Pneumokokken Kapselpolysaccharid AK (IgG) II <input type="checkbox"/> Tetanus Toxoid AK (IgG) II <input type="checkbox"/> Diphtherie Toxoid AK (IgG) II <input type="checkbox"/> Neutralisierende AK gegen SARS-CoV-2 (Privatleistung) # <p><i># = frisches Serumröhrchen bzw. gefrorenes Serum erforderlich</i> <i>I – Bestandteil vom Immunstatus I (siehe S2)</i> <i>II – Bestandteil vom Immunstatus II (siehe S2)</i></p>
---	---	---

Empfänger Name / Kostenstelle: (bitte leserlich)	STAMPIGLIE DES ARZTES/KRANKENHAUSES Datum _____ Unterschrift _____ Die Richtlinien der DSGVO und AGB-IFI werden eingehalten.
---	--

* Befund fertig nach 1 Woche, mit (*) gekennzeichnete Untersuchungen nach 2 Wochen
 Benötigtes Untersuchungsmaterial: 2 ml Serum pro Untersuchungsblock bzw. wie angeführt

ANFORDERUNGSCHEIN FÜR IMMUNOLOGISCHE UNTERSUCHUNGEN*

ACHTUNG: Annahmeschluss: Montag bis Freitag: 12:00 Uhr

Pat.Name: Geb.dat. und Vers.Nr.: Krankenhaus: Arzt/Station/Ambulanz: Tel. für etwaige Rückfragen:	Anamnese / Diagnose / Fragestellung
---	-------------------------------------

PROFILE / IMMUNSTATUS – STUFEN-ABKLÄRUNG (zelluläre und serologische Analysen)

	Stufen-Abklärung	Material pro Status	Zelluläre Analyse	Serologische Analyse
<input type="checkbox"/>	Immunistatus I: Basis-Untersuchung Lymphozyten und Antikörper	<ul style="list-style-type: none"> • 4 ml frisches EDTA Blut • 2 ml Serum 	Lymphozytenanalyse: Subpopulation und Aktivierung	Immunglobulin G, M, A, D, E quantitativ
<input type="checkbox"/>	Immunistatus II: erweiterte Untersuchung der Antikörper und B- Zellen	<ul style="list-style-type: none"> • 4 ml frisches EDTA Blut • 4 ml Serum 	B-Lymphozyten-Analyse	Immunglobulin Subklassen, Impfantikörper (Haemophilus Influenzae B AK (IgG), Pneumokokken Kapselpolysaccharid AK (IgG), Tetanus Toxoid AK (IgG), Diphtherie Toxoid AK (IgG))
<input type="checkbox"/>	Immunistatus III: erweiterte Untersuchung der Lymphozyten	<ul style="list-style-type: none"> • 4 ml frisches EDTA Blut 	erweiterte T-Lymphozyten- Analyse: RTE, Memorymarker, B-Zell Panel	

ZELL – ANALYSEN

<p>Zelluläre Einzelanalysen bei Immundefekten</p> <p><u>Markerprofile von Abwehrzellen (4 ml EDTA Blut)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Lymphozyten-Analyse: Subpopulationen, Screening, Diff. BB. I <input type="checkbox"/> Lymphozyten-Analyse: Subpopulationen, Aktivierungsmarker. I <input type="checkbox"/> erweiterte T Lymphozyten-Analyse - Memorymarker: III <p>zusätzlich anwählbar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> RTE Subsets (Recent Thymic Emigrants) III <input type="checkbox"/> Effector Memory Subsets III <input type="checkbox"/> Exhaustion Marker (CD27⁺/CD28⁺) III <input type="checkbox"/> Doppelt negative T-Zellen (TCRα/β*CD4-CD8⁻) II <input type="checkbox"/> erweiterte B Lymphozyten-Analyse: Differenz-, Memorymarker II <input type="checkbox"/> Monozyten-Granulozyten-Analyse II <input type="checkbox"/> Granulozyten-Analyse: Verdacht LAD II <p><u>Funktionstestung von Abwehrzellen (10 ml frisches Heparin Blut)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Funktionelle Lymphozyten-Analyse (*) <input type="checkbox"/> Funktionelle Lymphozyten-Analyse (*) SARS-CoV-2 (Privatleistung) <input type="checkbox"/> ADA Aktivitätsbestimmung (*) <input type="checkbox"/> CVID Abklärung: ICOS Expression T-Blasten (*) <p>Nur DI und DO nach tel. Rücksprache 40160-33222:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Granulozyten Funktionstestung (10ml frisches Heparinblut) <input type="checkbox"/> Monozyten Funktionstestung (10ml frisches Heparinblut) 	<p>Leukämie/Lymphomzell Typisierung (4 ml EDTA Blut)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Verdacht Akute Leukämie <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> AML <input type="radio"/> ALL <input type="radio"/> T-ALL <input type="radio"/> B-ALL <input type="checkbox"/> Verdacht CML <input type="checkbox"/> Verdacht CML-Blastenkrise <input type="checkbox"/> Myelodysplastisches Syndrom <input type="checkbox"/> Verdacht chron.lymphat.Leukämie/Lymphom <input type="checkbox"/> Verdacht Sezary Syndrom/CTL <input type="checkbox"/> Verdacht Haarzell Leukämie <input type="checkbox"/> Multiples Myelom/Plasmozytom <input type="checkbox"/> Verdacht PNH <input type="checkbox"/> Bestimmung der CAR T-Zellen <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> CD19 - CAR <input type="radio"/> BCMA - CAR <input type="radio"/> andere: _____ <p>HLA-Typisierung (4 ml EDTA Blut)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> HLA-B27 (Mb.Bechterew, reaktive Arthritis) (*) <p>Zelluläre Einzelanalysen bei Immundefekten</p> <p><u>Funktionstestung von Abwehrzellen</u></p> <p>Nur MO bis MI: 10ml frisches Heparinblut</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> SARS-CoV-2 spezifische T-Zellen im Vollblut (*) (Privatleistung) (Achtung: nur in Kombination mit Lymphozyten-Analyse: Subpopulationen, Screening, Diff. BB)
<p>Untersuchungsmaterial (bitte unbedingt angeben):</p> <p><input type="checkbox"/> Blut <input type="checkbox"/> Knochenmark <input type="checkbox"/> Sonstiges (bitte spezifizieren): _____</p>	
Empfänger Name / Kostenstelle: (bitte leserlich)	STAMPIGLIE DES ARZTES/KRANKENHAUSES Datum _____ Unterschrift _____ Die Richtlinien der DSGVO und AGB-IFI werden eingehalten.

Befunde fertig nach 1 Tag, mit () gekennzeichnete Untersuchungen spätestens nach 4 Wochen
 Benötigtes Untersuchungsmaterial: frisches EDTA Blut, Heparin Knochenmark bzw. wie angeführt