

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

Immunglobulin-Analysen

- ☐ Immunglobulin G, M, A I
- ☐ Immunglobulin G-Subklassen
- ☐ Immunglobulin D I
- ☐ Immunglobulin E I
- ☐ Immundefizienz
- ☐ Hevylite ☐ G ☐ M ☐ A ☐ GMA
- ☐ Freelite

Komplement-Analysen

- ☐ Gesamtaktivität (CP/AP) #
- ☐ Komplementaktivität Lektinweg (MBLA) #
- ☐ Komplement C3, C4
- ☐ C1 Esterase Inhibitor (Aktivität) #
- ☐ C1 Esterase Inhibitor (Antigen)
- ☐ Komplement C1q
- ☐ Mannan bindendes Lektin (MBL) #

= frisches Serumröhrchen bzw. gefrorenes Serum erforderlich

Zirkulierende Immunkomplexe

- ☐ C1q bindende Immunkomplexe

Rheumaserologie

- ☐ Citrullin (CP) Antikörper
- ☐ Rheumafaktor Isotypen (IgG,M,A)
- ☐ Antistreptolysin O Antikörper
- ☐ Myositis Antikörper (Mi-2, PM-Scl, Ku, PL-7, PL-12)
- ☐ C1q Antikörper
- ☐ Fodrin Antikörper (IgG)

Hämophagozytose-Abklärung

- ☐ sCD25-löslicher IL-2 Rezeptor

Zellkern Antikörper

- ☐ Antinukleäre Antikörper (ANA) (IFT) mit Subset-Spezif. bei pos. Befund
- ☐ Antinukleäre Antikörper (ANA) (IFT)

ANA Subsets:

- ☐ ds-DNA Antikörper (IFT)
- ☐ Sm Antikörper (SLE)
- ☐ nRNP Antikörper (MCTD, SLE)
- ☐ Ro/SS-A Antikörper (Sjögren, SLE)
- ☐ La/SS-B Antikörper (Sjögren)
- ☐ Scl70 Antikörper (Sklerodermie)
- ☐ Jo-1 Antikörper (Polymyositis)
- ☐ Histon Antikörper
- ☐ Nucleosomen Antikörper
- ☐ Centromer Antikörper (CREST)
- ☐ Ribosom P Antikörper

Anti-Phospholipid-Syndrom

- ☐ Cardiolipin Antikörper (IgG, IgA, IgM)
- ☐ Beta-2-Glykoprotein-1 Antikörper (IgG, IgA, IgM)

Magen-Darm-Erkrankungen

- ☐ Anti-DGP Antikörper (IgA, IgG)/ Anti-Transglutaminase Antikörper (IgA,IgG)
- ☐ Parietalzell Antikörper (IFT)
- ☐ Intrinsic Factor Antikörper
- ☐ Sacch.cerevisiae AK (IgA, IgG) s. auch: ANCA (Inflammatory Bowel Dis.)

Diabetesdiagnostik

- ☐ Glutaminsäure-Decarboxylase (GAD) Antikörper (*)
- ☐ Tyrosin-Phosphatase IA2 AK
- ☐ Insulin Antikörper

Lebererkrankungen

- ☐ Autoimmun-Hepatitis-Screen (ANA (IFT), Glatte Muskel AK (IFT), Aktin AK (IFT), LKM1 AK, SLA AK, LC1 AK)
- ☐ Primär biliäre Cholangitis (PBC) (Mitochond. AK (IFT), M2 AK, gp210 AK, sp100 AK)

Gefäß/Nieren-Erkrankungen

- ☐ ANCA (Anti Neutroph. Cytopl. AK) (IFT) (PR-3 AK, MPO AK, ANA (IFT))
- ☐ Glomerul. Basalmembran (NC1) AK
- ☐ Phospholipase A2 Rezeptor AK (IFT)
- ☐ C3 Nephritogener Faktor (*)

Schilddrüsen-Erkrankungen

- ☐ Thyreoglobulin (TG) Antikörper
- ☐ Thyreoperoxidase (TPO) Antikörper

Sonstige Antikörper

- ☐ Herzmuskel Antikörper (IFT)
- ☐ Skelettmuskel Antikörper (IFT)
- ☐ Acetylcholinrezeptor Antikörper (*)
- ☐ Muskel-spez. Rezeptor-Kinase Antikörper
- ☐ Nebennierenrinden Antikörper (*) (IFT)

Impfantikörper

- ☐ Haemophilus Influenzae B AK (IgG) II
- ☐ Pneumokokken Kapselpolysaccharid AK (IgG) II
- ☐ Tetanus Toxoid AK (IgG) II
- ☐ Diphtherie Toxoid AK (IgG) II

I – Bestandteil vom Immunstatus I (siehe S2)

II – Bestandteil vom Immunstatus II (siehe S2)

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
☐	Immunstatus 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
☐	Immunstatus 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))
☐	Immunstatus 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"> ☐ Lymphozyten-Analyse: Subpopulationen, Screening, Diff. BB. ☐ Lymphozyten-Analyse: Subpopulationen, Aktivierungsmarker. ☐ erweiterte T Lymphozyten-Analyse - Memorymarker: <p>zusätzlich anwählbar:</p> <ul style="list-style-type: none"> ☐ RTE Subsets (Recent Thymic Emigrants) ☐ Effector Memory Subsets ☐ Exhaustion Marker (CD27⁺/CD28⁺) ☐ Doppelt negative T-Zellen (TCRα/β*CD4*CD8⁻) ☐ erweiterte B Lymphozyten-Analyse: Differenz-, Memorymarker ☐ Monozyten-Granulozyten-Analyse ☐ Granulozyten-Analyse: Verdacht LAD <p><u>Funktionstestung von Abwehrzellen (10 ml frisches Heparin Blut)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ☐ Funktionelle Lymphozyten-Analyse (*) ☐ Funktionelle Lymphozyten-Analyse (*) SARS-CoV-2 (Privatleistung) ☐ ADA Aktivitätsbestimmung (*) ☐ CVID Abklärung: ICOS Expression T-Blasten (*) <p>Nur DI und DO nach tel. Rücksprache 40160-33222:</p> <ul style="list-style-type: none"> ☐ Granulozyten Funktionstestung (10ml frisches Heparinblut) ☐ Monozyten Funktionstestung (10ml frisches Heparinblut) 	<p>Leukämie/Lymphomzell Typisierung (4 ml EDTA Blut)</p> <ul style="list-style-type: none"> ☐ Verdacht Akute Leukämie <ul style="list-style-type: none"> ☐ AML ☐ ALL ☐ T-ALL ☐ B-ALL ☐ Verdacht CML ☐ Verdacht CML-Blastenkrise ☐ Myelodysplastisches Syndrom ☐ Verdacht chron.lymphat.Leukämie/Lymphom ☐ Verdacht Sezary Syndrom/CTL ☐ Verdacht Haarzell Leukämie ☐ Multiples Myelom/Plasmozytom ☐ Verdacht PNH ☐ Bestimmung der CAR T-Zellen <ul style="list-style-type: none"> ☐ CD19 - CAR ☐ BCMA - CAR ☐ andere: _____ <p>HLA-Typisierung (4 ml EDTA Blut)</p> <ul style="list-style-type: none"> ☐ 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"> ☐ 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>☐ Blut ☐ Knochenmark ☐ 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