

SHCS Basel - Laborauftragsformular

Auftrag an Departement Biomedizin - Haus Petersplatz

Auftraggeber: (Stempel)

oder Feld für
Auftraggeber-Barcode

email Arzt:

Patient: (bitte Blockschrift oder Etikette)

Name:

Vorname: Geburtsdatum:

Strasse: Nummer:

Land: PLZ: Wohnort:

ambulant

stationär

männlich

weiblich

Telefon: Aufträge siehe Rückseite

Fax*: (Der Auftraggeber garantiert die Vertraulichkeit der Übermittlung)

Krankenkasse

Versichertennummer

Kohortennummer:

Zentrifugation (Datum und Zeit)

Eingang X-Lab MAC

Bitte mit GROSSBUCHSTABEN
 vollständig ausfüllen

Klinische Angaben:

keine Durchfall
 Fieber Hautsymptome
 Eosinophilie _____ %
 andere: _____

Wird vom Labor ausgefüllt. Bitte leer lassen.

Plasma Zyto Kopie Büro

- EDTA
- CPT

Kohorten-Untersuchungen

- Kohorten-Start ***
(2x 8mL CPT, 2x 7.5mL EDTA und 1x 7.5mL Li-Heparin)
- Follow-Up 1 ***
(2x 8mL CPT und 2x 7.5mL EDTA)
- Follow-Up 2 ***
(3x 7.5mL EDTA)
- DNA**
(1x 8mL CPT)

* bitte Rückseite beachten

HIV-Untersuchung:

- HIV-1 (Viruslast)
- PERT-Assay *
- HIV-Ak (Screening)
- HIV-1 Resistenz (PR+RT) *
- HIV-1 Resistenz (Integrase) *
- HIV-1 Tropismus *

Lues:

- RPR / VDRL
- TPPA
- FTA

Anderes

- CMV IgG-Ak
- Toxoplasmose IgG-Ak

Hepatitis-A-Virus:

- HAV-Antikörper (IgG)
- HAV IgM-Ak

Hepatitis-B-Virus:

- HBs-Antigen
- HBs-Ak quant.
- HBc-Antikörper
- HBc IgM-Ak
- HBe-Antigen
- HBe-Antikörper
- HBV-DNA
- HBV-Resistenz

Hepatitis-D-Virus:

- HDV (Delta)-Ak
- HDV (Viruslast)

Hepatitis-C-Virus:

- HCV-Antikörper
- HCV (Viruslast)
- HCV-Genotyp
- HCV-Resistenz

Impfstatus-Panel *:

- MMR / DTP
- Pneumokokken

T-Zell-Immunität (IGRA) *:

- M.tuberculosis Mo-Fr bis 14h

Bitte so anstreichen!
 Richtig Falsch

Angaben des Labors

Ankunftsdatum: _____ Ankunftszeit: _____ : _____

Visum Labor: _____

Material	Anzahl Aliquots		Zeit Tieffrieren	Verarb. am nächsten Tag	Datum Freezing Medium	Box Nr	Tank	Turm	Etage	Koord. 1. Aliquot
Serum (S)		ml	:	<input type="checkbox"/>						
EDTA-Plasma (P)		ml	:	<input type="checkbox"/>						
Zellen (C)		x10 ⁶ /ml	:	<input type="checkbox"/>						

Bemerkungen: _____



LABOR GR

Aktuelle HIV Last: **GEq/mL**

Nicht älter als 1 Monat

am (Datum): _____

Aktuelle CD4 Zellzahl: **/ μ L**

Nicht älter als 1 Monat

am (Datum): _____

Indikation für den Resistenztest

- Erstdiagnose
- Primärinfektion
- Vor Therapiestart
- Vor Therapiewechsel
- Übertragung eines resistenten Virus vermutet
- Adhärenz
- Schwangerschaft
- Neugeborenes

Nukleo(t/s)idische RT-Hemmer (NRTI)

Medikament	Aktuell	Früher	Nie
Abacavir (ABC)			
Didanosine (DDI)			
Emtricitabine (FTC)			
Lamivudine (3TC)			
Stavudine (D4T)			
Tenofovir DF (TDF)			
Zidovudine (AZT)			

Non-nukleosidische RT-Hemmer (NNRTI)

Medikament	Aktuell	Früher	Nie
Efavirenz (EFV)			
Etravirine TMC 125 (ETR)			
Nevirapine (NVP)			
Rilpivirine (RPV)			

Proteasehemmer (PI)

Medikament	Aktuell	Früher	Nie
Atazanavir (ATV/r)			
Darunavir (DRV/r)			
Fosamprenavir (FPV/r)			
Indinavir (IDV/r)			
Lopinavir (LPV/r)			
Nelfinavir (NFV)			
Saquinavir (SQV/r)			
Tipranavir (TPV/r)			

Integrasehemmer (INI)

Medikament	Aktuell	Früher	Nie
Dolutegravir (DTG)			
Elvitegravir (EVG)			
Raltegravir (RAL)			

Informationen Material und Tests:

* Kohorten Analysen:

Kohorten-Start (2x 8mL CPT, 2x 7.5mL EDTA und 1x 7.5mL Li-Heparin):

HIV Last
Toxoplasmose IgG-Ak
CMV IgG-Ak
HBV Serologie (HBsAg, HBsAk, HBcAk)
HCV Antikörper
HAV Antikörper (total)
T-Spot (Tuberkulose)
TPPA (Lues)
Zytothek
Plasmathek

Follow Up 1 (2x 8mL CPT und 2x 7.5mL EDTA):

HIV Last
HCV Antikörper
TPPA (Lues)
Zytothek
Plasmathek

Follow Up 2 (3x 7.5mL EDTA):

HIV Last
Plasmathek

**Am Freitag keine Zytothek, nur HIV Last möglich.
Bei Fragen kontaktieren Sie bitte das Kohorten-Labor.
(061 207 32 71 oder -32 62)**

* Resistenzanalysen:

4mL EDTA-Plasma

oder 8mL zentrifugiertes CPT-Blut

Email-Adresse des einsendenden Arztes
Therapieanamnese (s. oben) ausfüllen

* PERT-Assay

1x 7.5mL EDTA
montags zusenden
Analyse wird als Unterauftrag durchgeführt

Bei Fragen zu Resistenzanalysen
wenden Sie sich an das Labor GR:
061 207 32 82

* T-Zell-Immunität (IGRA): Interferon Gamma Release Assay

T-Spot TB: Mo-Fr 14h
1x 7.5mL Li-Heparin oder 1x 8mL CPT

TB-Quantiferon
Abnahme-Set nötig, bitte tel. abklären 061 207 32 63

* Imfstatus-Panel

Masern, Mumps, Röteln / Diphtherie, Tetanus, Pertussis