



KfH-Nierenzentrum für Kinder und Jugendliche
an der Universitätsklinik Tübingen
Hoppe-Seyler-Straße 1
72076 Tübingen

Telefon: 07071 94 256 0
Telefax: 07071 94 256 111
E-Mail: kinderdialyse@med.uni-tuebingen.de

Mikrohämaturie-Familiencreening

Sehr geehrter Herr Kollege, sehr geehrte Frau Kollegin,

vielen Dank für die Überweisung des Patienten bzw. der Patientin

.....
Name, Vorname, Geburtsdatum

zur Abklärung einer Mikrohämaturie.

Sollte sich die Mikrohämaturie innerhalb eines Zeitraumes von 6 Wochen mindestens 3 x im Urinstreifentest und in der Urinmikroskopie (letztere zur Diagnosesicherung erforderlich) bestätigt haben, so wäre weiterführende kindernephrologische Diagnostik empfohlen.

Um zeitnah einen Termin zu organisieren und die notwendige Differentialdiagnostik einleiten zu können, wäre unsererseits im Vorfeld die Durchführung eines Mikrohämaturie-Familiencreenings erbeten.

Wir wären Ihnen sehr dankbar, wenn Sie der Familie des Patienten bzw. der Patientin eine Packung Urinteststreifen mit Protein- und Erythrozyten-/Hämoglobin-Testzone (z. B. Combur 5 Test® HC) verordnen und die Familie in die Urindiagnostik einweisen könnten.

Nachfolgend wird die Familie gebeten, innerhalb eines Monats

- 3 x den 1. Morgenurin (idealerweise Mittelstrahlurin) bei allen übrigen Familienmitgliedern (beide Eltern, alle Geschwister) zu testen,
- die Ergebnisse der Urintestung zu dokumentieren (siehe beiliegendes Protokoll)
- und die Testresultate spätestens zum Termin in unserer kindernephrologischen Sprechstunde mitzubringen.

Bereits im Voraus ganz herzlichen Dank für Ihre Unterstützung.
Bei jeglichen Rückfragen stehen wir sehr gern zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen
Ihr Team der kindernephrologischen Sprechstunde

.....
Datum

.....
Unterschrift KfH-Mitarbeiter

Ergebnisse des Mikrohämaturie-Familien screenings (Protokoll)

	Mutter	Vater	Weiteres Familienmitglied	Weiteres Familienmitglied	Weiteres Familienmitglied	Weiteres Familienmitglied	Weiteres Familienmitglied
	Name:	Name:	Name:	Name:	Name:	Name:	Name:
	Geburtsdatum:	Geburtsdatum:	Geburtsdatum:	Geburtsdatum:	Geburtsdatum:	Geburtsdatum:	Geburtsdatum:
Datum, 1. Test:							
Glucose							
Leukozyten							
Nitrit							
Protein							
Erythrozyten							
Hämoglobin aus							
Datum, 2. Test:							
Glucose							
Leukozyten							
Nitrit							
Protein							
Erythrozyten							
Hämoglobin aus							
Datum, 3. Test:							
Glucose							
Leukozyten							
Nitrit							
Protein							
Erythrozyten							
Hämoglobin aus							

Anleitung – Urinuntersuchung mittels eines Urinteststreifens
(z. B. Combur 5 Test® HC)



1. Ersten Urin (idealerweise Mittelstrahlurin) am Morgen nach dem Aufstehen in einem sauberen Becher auffangen.
2. Entnehmen Sie der Teststreifenpackung einen Teststreifen und verschließen Sie die Packung wieder.



3. Teststreifen kurz in den Urin eintauchen (ca. 1 Sekunde); es müssen alle Testfelder benetzt werden.

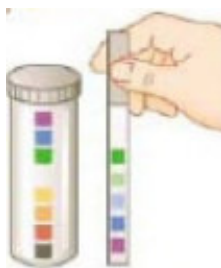
Streifen Sie beim Herausnehmen des Teststreifens die seitliche Kante am Rand des Gefäßes ab, um überschüssigen Urin zu entfernen.



4. Bitte warten Sie 1 bis 2 Minuten.

Es findet eine chemische Reaktion statt, die etwas Zeit benötigt.

Bei zu kurzer Wartezeit sind fehlerhafte Ergebnisse möglich.



5. Teststreifen mit der Farbskala auf dem Röhrchen vergleichen.
6. Bitte tragen Sie das Ergebnis in das beigelegte „Mikrohämaturie-Familiencreening“-Protokoll ein.

Ergebnisse des Mikrohämaturie-Familiencreenings (Protokoll)

	Blauer	Grüner	Gelber	Weißer	Weißer	Weißer	Weißer
	None	None	None	None	None	None	None
	Deutlich	Deutlich	Deutlich	Deutlich	Deutlich	Deutlich	Deutlich
Blauer, 5 Test							
Grüner, 5 Test							
Gelber, 5 Test							
Weißer, 5 Test							
Blauer, 3 Test							
Grüner, 3 Test							
Gelber, 3 Test							
Weißer, 3 Test							
Blauer, 1 Test							
Grüner, 1 Test							
Gelber, 1 Test							
Weißer, 1 Test							