



Praktische Hinweise

Allgemeines:

Die gewünschte Untersuchung kann nur nach vorheriger Absprache durchgeführt werden, da das Blut am nächsten Tag bearbeitet werden **muss**.

Die Abnahme ist deshalb auch nur von Montag bis Donnerstag möglich.

Bitte bei uns absagen, falls das Blut doch nicht versendet wird.

Den LTT-Fragebogen sorgfältig beantworten und mitschicken, nur so ist eine genaue Beurteilung möglich.

Der optimale Zeitraum für die Untersuchung liegt **zwischen 3-6 Wochen nach Auftreten der Nebenwirkung (Antibiotikum bis zu drei Monate.)** Nach Möglichkeit sollte das Medikament abgesetzt sein.

Für die Untersuchung benötigen wir:

1. 30ml heparinisiertes Vollblut bei der Testung auf 1 Medikament. Bei mehreren in Frage kommenden Medikamenten (Prioritätsfolge angeben) 50 ml heparinisiertes Vollblut.
2. **Bitte von den in Frage kommenden Medikamenten je 2 Tabletten mit Konzentrationsangabe oder je eine Ampulle beilegen.**
3. 2ml Serum mitschicken (nur, wenn ausreichend Blut für Punkt 1 abgenommen werden kann).

Notwendige Vorbereitungen:

1. Terminabsprache Tel.: 07071 - 2984497 (Frau Plankenhorn) oder 2984479 (Frau Prof. Klein)
2. Vor der Blutabnahme füllen Sie das Natrium-Heparin (500 I.E. pro 10ml Blut) mittels einer 1-ml-Spritze durch den Kanüleneinsatz in die für die Entnahme vorgesehene(n) Spritze(n). Bitte kein Lithium-Heparin verwenden, und auch keine Monovetten mit Kügelchen da diese die Zellen beschädigen.
3. Zur optimalen Durchmischung von Blut und Heparin die Spritze unmittelbar nach der Blutentnahme mehrmals vorsichtig schwenken. (NICHT SCHÜTTELN!).

Nach der Blutentnahme die Spritze mit einem sterilen Verschlussstopfen verschließen.

Das Blut danach nicht mehr umfüllen - sterile Abnahme ist Voraussetzung

Versand:

Stopfen und Spritzenstempel durch Umwickeln mit Klebeband fixieren.

Packen Sie bitte die Spritze in Zellstoff o.ä. (Transportschutz).

Auf keinen Fall kühlen! Die Zellfunktionen werden durch Kälte beeinträchtigt.

Zum Postversand empfiehlt sich ein wattierter Umschlag.

Das Blut muss unbedingt am Abnahmetag per Post mit Expresszulieferung bis 10 Uhr (nächster Tag)

an die
Medizinische Klinik Abteilung II
Immunpathologisches Labor Frau Prof. Klein
z. Hd. Frau Plankenhorn
Otfried-Müller-Straße 10
72076 Tübingen

geschickt werden.

Zusätzlich bitte LTT auf dem Umschlag vermerken.

Maximale Sterilität bei der Blutentnahme der Proben ist die Voraussetzung für eine einwandfreie Durchführung des Tests.

Anschrift des Einsenders bitte vollständig angeben!

AOK - LKK - BKK - IKK - VdAK - AEV - Knappschaft - UV

Ort der Krankenkasse



Universitätsklinikum
Tübingen

Name des Versicherten/Versorgungsberechtigten

Ehegatte/Kind/sonst. Angeh.

Arbeitgeber/Dienststelle/Rentner/BVG/Freiw.

Wohnung des Patienten

Pat./Aufn.-Nr. auftraggebende Klinik

Einrichtung

Abteilung innere Medizin II

Leitung Prof. Dr. Claudia Lengerke

Immunpathologisches Labor Prof. Dr. med. R. Klein

Otfried-Müller-Str. 10

72076 Tübingen

Tel. 07071 29-84479 Prof. Dr. med. Reinhild Klein

Tel. 07071 29-84497 Sandra Plankenhorn

Fax 07071 29-2760

impala@med.uni-tuebingen.de

Anschrift des Einsenders:

Welche Grunderkrankung liegt vor?

Welche Nebenwirkungen sind aufgetreten?

Beginn der Nebenwirkung(en)?

Name des zuständigen Arztes:

Telefon-Nr. (unbedingt angeben):

Dauer der Nebenwirkungsreaktion?

Datum der Blutabnahme:

Handelt es sich um eine Reexposition? Ja Nein

Zutreffendes unbedingt ankreuzen:

ambulant stationär ärztliche Wahlleistung. **M F R**

Wie lange wurde(n) das/die fraglichen Medikament(e) verabreicht?:

Medikament: _____ eingenommen von: _____ bis: _____

Medikament: _____ eingenommen von: _____ bis: _____

Medikament: _____ eingenommen von: _____ bis: _____

Medikament: _____ eingenommen von: _____ bis: _____

Begleitmedikation: _____

Sind Allergien bzw. medikamentöse Nebenwirkungen beim Patienten oder in der Familie bekannt:

Laborbefunde (soweit vorhanden) vom:

Blutbild:		Diff. Blutbild:		Enzyme:			
Leukozyten:	/ μ l	Segmentkernige:	%	GOT:	IU/l	dir. Bilirubin:	mg/dl
Erythrozyten:	/ μ l	Stabkernige:	%	AP:	IU/l	Kreatinin:	mg/dl
Hb:	/ μ l	Eosinophile:	%	GPT:	IU/l	indir. Bilirubin:	mg/dl
Thrombzyten:	/ μ l	Basophile:	%	γ -GT:	IU/l	Fibrinogen:	mg/dl
		Lymphozyten:	%	LDH:	IU/l	Quick:	%
		Monozyten:	%	CK:	IU/l		

Achten Sie bitte darauf, dass dieser Fragebogen zusammen mit der Blutprobe verschickt wird, da sonst keine Bearbeitung der Probe durchgeführt werden kann.