

# Leitfaden und Formular für Gewebentnahme und Untersuchung von Kindern und Plazenten

|                           |
|---------------------------|
| Name (Patientenaufkleber) |
|                           |



UNIVERSITÄTS  
**KLINIKUM**  
TÜBINGEN

Institut für Pathologie  
und Neuropathologie  
Abt. Allgemeine Pathologie  
Liebermeisterstraße 8  
72076 Tübingen

**Ansprechpartner**

Pathologie Sekretariat

Tel: 29-80206

Fax: 29-2258

Präparatoren

Tel: 29-83122

Humangenetik

Tel: 29-72305

Barcode  
Pathologie

Vor Entbindung

|                |           |     |              |  |
|----------------|-----------|-----|--------------|--|
| Beratung durch | Name      |     | Unterschrift |  |
|                | Durchwahl | 29- | Handy        |  |

|            |  |
|------------|--|
| Indikation |  |
|------------|--|

|   |                     |
|---|---------------------|
| Bestattungswunsch der Eltern soweit gesetzeskonform | Unterschrift Eltern |
|---|---------------------|

Individualbestattung durch Eltern     Sammelbestattung (Klinik)     unentschlossen<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Unentschlossen: Wenn der Fet/das Kind nicht bis zum **30.4.** oder **30.9.** eines Jahres im Institut für Pathologie zur individuellen und/oder auswärtigen Bestattung abgeholt wurde, erfolgt die **Sammelbestattung (Feuerbestattung)** in **Tübingen, soweit gesetzlich zulässig.**

| Durchzuführende Untersuchungen durch die UFK   | genehmigt +/- | Unterschrift Eltern | erfolgt +/- |
|--|---------------|---------------------|-------------|
| <input type="checkbox"/> <b>Babygramm + Röntgenanforderung in Mammographie UFK</b><br>(Koordination OA Schäfer 151-8428)   |               |                     |             |
| <input type="checkbox"/> <b>Einverständnis zur Obduktion</b><br>(Kind + Plazenta bitte ins Histolabor UFK bringen ☎ 29-83114)  |               |                     |             |
| <input type="checkbox"/> <b>Sterile Gewebentnahme für die Humangenetik</b>   |               |                     |             |
| <input type="checkbox"/> Chromosomenanalyse <input type="checkbox"/> Placenta <input type="checkbox"/> Fascia lata oder Haut <input type="checkbox"/> Muskel<br><input type="checkbox"/> DNA-Asservierung <input type="checkbox"/> EDTA-Blut aus Nabelschnur (nur für DNA)<br><input type="checkbox"/> DNA-Analyse <input type="checkbox"/> Heparinblut aus Nabelschnur (nur für Chromosomenanalyse)<br><b>Hinweise zum Transport von Gewebe siehe zweite Seite!</b> |               |                     |             |

Nach Entbindung

|      |               |              |   |                   |   |
|------|---------------|--------------|---|-------------------|---|
| Foet | Name, Vorname |              | <input type="checkbox"/> ♀ <input type="checkbox"/> ♂ | Lebender Zwilling | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| SSW  |               | Geburtsdatum |   | Geburtsgewicht    | g    Station  |

Hinweis: **Alle** Abradate, Foeten usw. müssen **ausnahmslos** in das Institut für Pathologie gebracht werden!

| Definitionen: Zutreffendes bitte ankreuzen! |                          |               | Bestattungsarten: Zutreffendes bitte umkreisen! |                  |
|---|--------------------------|---------------|---|------------------|
| Geburtsart                                  | Geburtsgewicht           | Lebenszeichen | Bestattungspflicht                              | Bestattungsrecht |
| <input type="checkbox"/> Frühgeborenes      | beliebig                 | vorhanden     | Eltern  | ---              |
| <input type="checkbox"/> Fehlgeborenes      | < 500 g                  | keine         | Klinik  | Eltern           |
| <input type="checkbox"/> Totgeborenes       | > 500 g                  | keine         | Eltern  | ---              |
| <input type="checkbox"/> Interruptio        | keine Gewichtsbegrenzung | keine         | Klinik  | Eltern           |
| <input type="checkbox"/> Interruptio        | keine Gewichtsbegrenzung | vorhanden     | Eltern  | ---              |
| <input type="checkbox"/> Fetozyd            | Keine Gewichtsbegrenzung | keine         | Klinik  | Eltern           |

|                       |      |           |              |       |
|-----------------------|------|-----------|--------------|-------|
| Ansprechpartner (UFK) | Name |           | Unterschrift |       |
| Station               |      | Durchwahl | 29-          | Handy |

|   |  |   |   |  |
|---|--|---|---|--|
| Indikationen für die histologische Untersuchung von Plazenten |  |   |   |  |
| <input type="checkbox"/> Fehlgeburt <500 g                    | <input type="checkbox"/> Totgeburt >500 g                              | <input type="checkbox"/> Induzierter Abort        | <input type="checkbox"/> Frühgeburt < 28. SSW (immer) |  |
| <input type="checkbox"/> Frühgeburt < 32. SSW < P10           | <input type="checkbox"/> Nabelarterien pH < 7,05                       | <input type="checkbox"/> Mehrlingsschwangerschaft | <input type="checkbox"/> Hydrops fetalis              |  |
| <input type="checkbox"/> Amnioninfektionssyndrom (AIS)        | <input type="checkbox"/> Alle Kinder < P3 (ohne Pathologie der Mutter) | <input type="checkbox"/> APGAR (5 min) < 4        |   |  |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges:                           |  |   |   |  |

# Laufzettel – Verbleib im Institut für Pathologie

| Übergabe im Histologielabor der Pathologie in der UFK |                                  |   | Informationen  |
|---|----------------------------------|---|--|
|   | durch Mitarbeiter des <b>UFK</b> | an Mitarbeiter des <b>Instituts für Pathologie in der UFK</b> | UFK-Raum-Nr. 112<br>(Kühlschrank mit Magneten)   |
| Datum / Name  |                                  |   | <u>Bei Rückfragen</u><br>Station Gyn.2: 29-82232<br>Station Geb.2: 29-83109<br>Kreissaal: 29-83111 |
| Unterschrift  |                                  |   |  |

|                          |                        |  |                        |  |
|--------------------------|------------------------|--|------------------------|--|
| <b>Übergabe - U.D.O.</b> | Datum / Name<br>U.D.O. |  | Unterschrift<br>U.D.O. |  |
|--------------------------|------------------------|--|------------------------|--|

| Übergabe im Eingangslabor des <b>Instituts für Pathologie</b> : angenommen durch Mitarbeiter des Institutes |  |              | Raum-Nr. 121                               |
|---|--|--------------|--|
| Datum / Name  |  | Unterschrift | <u>Abgabezeiten</u><br>8.00 – 17.00<br>Uhr |

|  |  |  |   |  |
|--|--|--|---|--|
| <b>Sektionssaal</b>  | <b>Eingangsdatum</b>                             |  | Name / Unterschrift<br>Mitarbeiter Sektionssaal |  |
| Datum des Scannens   |  |  | Name / Unterschrift                             |  |
| <b>Bestattungsart <b>endgültig</b></b>                                   | <input type="checkbox"/> <b>Sammelbestattung</b> |  | <input type="checkbox"/> <b>Individuell</b>     |  |
| <b>Ausgangsdatum</b>   |  |  | Name / Unterschrift<br>Mitarbeiter Sektionssaal |  |
| Name des Bestattungsinstitutes   |  |  | Name / Unterschrift<br>Bestatter                |  |
| Scannen und Eintragung ins PASNET /<br>Speicherung ins SAP: Datum / Name |  |  |   |  |

|  |
|--|
| <p><b>Hinweise für den Transport von Gewebe für die Humangenetik</b></p> <p>Sterile Entnahme der oben genannten Gewebe → <i>in Nährlösung oder physiolog. NaCl; <u>nicht kühlen!</u></i></p> <p>+ Anforderungsbogen → <b>mit vollständigen Angaben!!!</b></p> <p>+ Einverständniserklärung nach GenGD → <b>Unterschrift Arzt + Patientin!</b></p> <p>+ Ausdruck des Kurzbriefts/Op-Berichts</p> <p><b>Abgabe → so <i>rasch</i> wie möglich!!!</b></p> <p>Wochentags zwischen 8.00 und 16.00 Uhr in der Humangenetik (7. Ebene) abgeben <b>oder</b> ins Postfach Humangenetik (UFK-Pforte) legen, am Wochenende und an Feiertagen ins Postfach Humangenetik (UFK-Pforte) legen</p> <p><b>Informationen zu Probenentnahme, Versand, Diagnostik:</b><br/><a href="http://www.uni-tuebingen.de/Klinische_Genetik/de/d-cytogenetik.html">www.uni-tuebingen.de/Klinische_Genetik/de/d-cytogenetik.html</a></p> |
|--|