

Zusendung von humanem Primärmaterial / Kulturen (nur ein Material pro Anforderungsschein)

Nationales Referenzzentrum für Mykobakterien
 Forschungszentrum Borstel
 Parkallee 38, 23845 Borstel

Medizinische Leitung
 Dres. med. Friesen/Kuhns
 Tel: 04537/188-2110, Fax: 04537/188-3110

NRZ
Auftragsnummer

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Einsender | <input type="checkbox"/> Privat (stationär) | <input type="checkbox"/> Kasse (Ü-Schein beilegen) |
| <input type="checkbox"/> Privat (ambulant) | <input type="checkbox"/> §116 | |

Daten Patient				Einsender	
Nachname				Name Institut	
Vorname				Anschrift	
Straße					
PLZ / Wohnort					
Herkunftsland					
Geb.-Datum		Geschlecht	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	Tel.	
Einsendedatum		Entnahmedatum		Fax	

Diagnostisch relevante Angaben / Vorbefunde

- | | | | |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Mukoviszidose | <input type="checkbox"/> HIV-Infektion | <input type="checkbox"/> Immunsuppression | <input type="checkbox"/> Antibakterielle Therapie mit: _____ |
| <input type="checkbox"/> Verdacht TB | <input type="checkbox"/> Verdacht MDR | <input type="checkbox"/> Verdacht NTM | |
| <input type="checkbox"/> Vorbefund TB | <input type="checkbox"/> RMP-Resistenz bekannt | <input type="checkbox"/> INH-Resistenz bekannt | |
| <input type="checkbox"/> Verlaufskontrolle TB | <input type="checkbox"/> Anti-TB Therapie seit _____ mit: _____ | | |

Ergebnis der Differenzierung (falls vorhanden): _____

Kommentar

Untersuchungsmaterial (Siehe auch Präanalytik-Handbuch)

- | | | | |
|--------------------------------------|---|--|---|
| Auftragsnummer des Einsenders: _____ | <input type="checkbox"/> Primärmaterial | <input type="checkbox"/> Flüssigkultur | <input type="checkbox"/> Festkultur |
| | <input type="checkbox"/> Vorbehandeltes Material* | <input type="checkbox"/> DNA* | <input type="checkbox"/> Paraffinblock* |
- *Zusendung von Primärmaterial bevorzugt

Nicht steril	Steril
--------------	--------

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Sputum
<input type="checkbox"/> Bronchial/Trachealsekret
<input type="checkbox"/> BAL
<input type="checkbox"/> Geschützte Bürste
<input type="checkbox"/> Magensekret
<input type="checkbox"/> Magenspülwasser
<input type="checkbox"/> Hautbiopsie*
<input type="checkbox"/> Urin (Morgenerin)
<input type="checkbox"/> Menstrualblut/Sperma
<input type="checkbox"/> Stuhl
<input type="checkbox"/> Abstrichtupfer (ungeeignet) | <input type="checkbox"/> Blut
<input type="checkbox"/> Knochenmark
<input type="checkbox"/> Liquor
<input type="checkbox"/> EBUS (Biopsie)
<input type="checkbox"/> Lymphknoten*
<input type="checkbox"/> Biopsie/Gewebe*
<input type="checkbox"/> Pleurapunktat
<input type="checkbox"/> Pleurabiopsie
<input type="checkbox"/> Perikardpunktat
<input type="checkbox"/> Perikardbiopsie
<input type="checkbox"/> Gelenkspirat
<input type="checkbox"/> Aspirat / Punktat
<input type="checkbox"/> Eiter*
<input type="checkbox"/> Abszessspirat*
<input type="checkbox"/> Sonstiges*
<input type="checkbox"/> Abstrichtupfer (ungeeignet) |
|--|--|

*Organ (z. B. Lunge/Leber) und/oder den Entnahmeort (z. B. supraclaviculär rechts): _____

Untersuchungsauftrag - Primärmaterial / DNA / Paraffinblöcke

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> Kultureller Erregernachweis (Mikroskopie, Kultur auf Fest- u. Flüssigmedium, ggf. geno- und phänotypische Resistenz für MTBK, phänotypische Resistenz für NTM) |
| <input type="checkbox"/> NAT (MTBK und RMP) <input type="checkbox"/> NAT (NTM) <input type="checkbox"/> NAT (RMP, INH) <input type="checkbox"/> NAT (Fluorquinolone, injizierbare Antibiotika) <input type="checkbox"/> Andere: _____ |

Untersuchungsauftrag - Fest / Flüssigkultur

- | | | | |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Erreger | <input type="checkbox"/> Erreger und ggf. Resistenz (geno- und phänotypisch) | <input type="checkbox"/> First line TB-Resistenz (geno- und phänotypisch) | <input type="checkbox"/> NTM-Resistenz |
| <input type="checkbox"/> Erweiterte TB-Resistenz für INH-resistentes Isolat | <input type="checkbox"/> Second line TB-Resistenz (geno- und phänotypisch) | | |
| <input type="checkbox"/> (Nach-) Testung folgender Antibiotika (bitte angeben): _____ | | | |
| <input type="checkbox"/> NAT (RMP, INH) | <input type="checkbox"/> NAT (Fluorquinolone, injizierbare Antibiotika) | <input type="checkbox"/> Andere: _____ | |
| <input type="checkbox"/> Typisierung/Vergleich der folgenden Stämme/Patienten: _____ | | | |

Rechnungsadresse	Zusätzlicher Befundempfänger
------------------	------------------------------

<input type="checkbox"/> Rechnungsadresse entspricht Adresse des Einsenders	
---	--



0101