

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