

Laborzuweisung

Thrombozytenfunktion 4i

AKH-BGS-FM

gültig ab: 01/2014

Version 02

Seite 1 von 1

EINSENDER	
Spital _____	Station _____
Adresse _____	
PLZ _____	Ort _____
Tel _____	Fax-Nr _____

PATIENTIN / PATIENT	
Name _____	
<h2>Patientenetikette</h2>	
Vorname _____	
Geburtsdatum _____	Geschlecht _____

Einsendezeiten: Werktags 8:00 bis 12:00 Uhr

Material muss innerhalb von 30 min. nach der Blutabnahme im Labor sein!

MONITORING: THROMBOZYTENINHIBITOR

Material: 4 ml Heparinblut (Lithiumheparin)

* ADP- Inhibitor _____
seit _____

Freiname / Dosis _____

* Aspirin _____
seit _____

Dosis _____

* _____
Andere seit _____

Dosis _____

Zeitpunkt der Blutabnahme: _____

Thrombozytenzahl: _____

weitere Medikamente: _____

Grunderkrankung: _____

Thromboembolisches Ereignis und Zeitpunkt: _____

UNTERSUCHUNG: THROMBOZYTOPATHIE

Telefonische Voranmeldung erforderlich: ☎ 5330

Material: 14 ml Citratblut (4 Röhrchen)

Blutungsneigung:

* Petechien

* Hämatome

* Hämaturie

* bekannte plasmatische Gerinnungsstörung

* Sonstiges: _____

Einsendedatum

leserliche Unterschrift des Zuweisers