

Laborzentrum für Hämatologie, Immunologie, Infektiologie und Onkologie
Steinwiesstrasse 75, 8032 Zürich
Fax 044 266 79 86

Patientendaten oder Patientenetikette

Name: _____
Vorname: _____
Geschlecht: _____
Geburtsdatum: _____
Strasse: _____
PLZ/Ort: _____

Auftraggeber (Stempel):

Datum/Zeit der Probenentnahme

Monat	Jan	Feb	März	April	Mai	Juni	Juli	Aug	Sept	Okt	Nov	Dez
Tag	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	20	30
Stunde	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	20	00
Minute	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	

Rechnung an: **Adresse:** _____
 Auftraggeber
 Patienten
 Andere

Ohne Angaben geht die Rechnung an den Auftraggeber

Resultat tel. melden: _____ Arzt: _____

Diagnose: _____ **Medikamente:** _____

Fragestellung:

Citrat-Blut Monovette grün	Li-Heparin-Blut Monovette orange	EDTA-Vollblut Monovette rot	Serum Monovette weiss
-------------------------------	-------------------------------------	--------------------------------	--------------------------

Erythrozyten **Erythrozyten-Labor LA1-C4**
Telefon 044 266 74 38

<input type="checkbox"/>	Hb-Chromatographie: Hb A ₂ ; Hb F; Hb A ⑤ pathol. Hb	0,5 ml
<input type="checkbox"/>	Hb A _{1c} (glycosiliertes Hb)	
<input type="checkbox"/>	Globin-Ketten-Synthese-Verhältnis	
<input type="checkbox"/>	Glucose-6-P-Dehydrogenase (G-6-PD) + Pyruvat-Kinase (PK)	0,5 ml
<input type="checkbox"/>	Adenosin-Desaminase (ADA)	
<input type="checkbox"/>	Weitere Enzyme (PNP, Glycolytische Enzyme)	0,1 ml
<input type="checkbox"/>	Sphärozytoseabklärung mittels Flusszytometrie (EMA Test) ⑤	
<input type="checkbox"/>	Glycerolyse-Schnelltest für osm. Resistenz (AGLT-test) ①⑤	
<input type="checkbox"/>	Osmotische Resistenz, Inkub. Ec ①③⑤	1 ml

- ① Sofort in Labor (innerhalb 1 h nach BE)
- ② Nur nach Voranmeldung
- ③ Nur Montag bis Donnerstag jeweils bis 16.00 Uhr
- ④ Blutentnahme ohne EMLA
- ⑤ Mit tagesaktuellem Blutbild

Thrombozyten **Erythrozyten-Labor LA1-C4**
Telefon 044 266 74 38

<input type="checkbox"/>	Thrombozytenaggregation ①②④	4x3 ml Citrat
<input type="checkbox"/>	Thrombozyten-Marker und -Aktivität (Flusszytometrie) ①②④	0,5 ml Citrat
<input type="checkbox"/>	Storage Pool Defekte (Flusszytometrie) ①②④	0,5 ml Citrat

Plasma

<input type="checkbox"/>	Plasma-Vitamin-A + Plasma-Vitamin-E ①	2 ml
<input type="checkbox"/>	Freies Hb im Plasma ①	0,5 ml

Molekularbiologie **Erythrozyten-Labor LA1-C4**
Telefon 044 266 74 38

<input type="checkbox"/>	DNS Isolation & Banking	2 ml
<input type="checkbox"/>	α-Globin-Gene: Thalassämie-/Varianten-Abklärung	
<input type="checkbox"/>	β-Globin-Gene: Thalassämie-/Varianten-Abklärung	
<input type="checkbox"/>	Abklärung seltene Erkrankungen (rare diseases)	2 ml
<input type="checkbox"/>	VNTR vor SZT	
<input type="checkbox"/>	VNTR nach SZT	
<input type="checkbox"/>	VNTR nach SZT auf getrennten Zellen	

Spendername: _____

Blutbild: HK: _____; Hb: _____ g/l; EC: _____ 10¹²/l; MCV: _____ fl;
 MCH: _____ pg; MCHC: _____ g/l; Reti: _____ %;
 Leukozyten: _____ 10⁹/l; Lymphozyten: _____ 10⁹/l; Monozyten: _____ 10⁹/l;

Zelluläre Immunologie

nur nach telefonischer Voranmeldung

Immunologie-Labor LA1-C7

Telefon 044 266 77 21

Lymphozytentypisierung 1 ml EDTA-Blut (Heparin-Blut optional) für Absolutwerte bitte mit tagesaktuellem BB		Lymphozyten-Funktions-Teste ≤ 2 Jahre 5-10 ml Heparin-Blut > 2 Jahre 10-20 ml Heparin-Blut		Granulozyten-Funktions-Teste ≤ 2 Jahre 5-10 ml Heparin-Blut > 2 Jahre 10-20 ml Heparin-Blut	
<input type="checkbox"/>	Lymphozyten-Subpopulationen ⑤	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	T-, B-, NK-Zellen	<input type="checkbox"/>	Lymphozyten-Proliferation ② ⑥ (Mitogen-Stim. mit PHA, SEB anti-CD3, PMA)	<input type="checkbox"/>	H ₂ O ₂ -Produktion (DHR) (CGD) & NBT-Test, OPZ (Screening-Test) ② ⑥
<input type="checkbox"/>	T-Zell-Aktivierungs- und Differenzierungsmarker (TCRαβ/γδ, HLA-DR, CD45RA/RO, CD27)	<input type="checkbox"/>	Lymphozyten-Proliferation ② ⑥ (Antigen-Stim. mit Candida, CMV, Tuberculin, Tetanus) Patientenalter min. 12 Monate (CMC)	<input type="checkbox"/>	DHR- und NBT-Test mit isolierten Granulozyten ② ⑥
<input type="checkbox"/>	CD31+ naive CD4+ T-Zellen (recent thymic emigrants)	<input type="checkbox"/>	T-Zell-Proliferation-Schnelltest CD69 (Mitogen-Stim. PHA, SEB, PMA) ② ③ ⑥	Legende: ALPS = Autoimmunes Lympho- proliferatives Syndrom CGD = Septische Granulomatose CMC = Chronic Mucocutaneous Candidiasis HIES = Hyper-IgE Syndrom HIGM = Hyper-IgM Syndrom HLH = Hämophagozytische Lymphohistiozytose LAD = Lymphozyten-Adhäsions- Defekt PID = Primärer Immundefekt ① Sofort in Labor (innerhalb 1 h nach BE) ② Nur nach Voranmeldung ③ Nur Montag bis Donnerstag jeweils bis 16.00 Uhr ④ Blutentnahme ohne EMLA ⑤ Mit tagesaktuellem Blutbild ⑥ Blut einer gesunden Kontroll- person zwingend erforderlich. Bitte legen Sie diese der Patientenprobe bei.	
<input type="checkbox"/>	TCRαβ DNT Zellen (ALPS)	<input type="checkbox"/>	IL-17 Produktion (PMA; CMC/HIES) ② ⑥		
<input type="checkbox"/>	HLA-DR (MHC II-Defekt)	<input type="checkbox"/>	CD40 Ligand (CD154) (HIGM) ② ⑥		
<input type="checkbox"/>	HLA-A, B, C (MHC I-Defekt)	<input type="checkbox"/>	NK-Degranulation (CD107a) (HLH) ② ③ ⑥		
<input type="checkbox"/>	B-Zell-Phänotypisierung (memory, naive, switched, transitional)	<input type="checkbox"/>	Zellisolation & Asservation MNC		
<input type="checkbox"/>	CD40 auf B-Zellen (HIGM)				
<input type="checkbox"/>	HLA-B27 ③				
<input type="checkbox"/>	Perforin / CD8 + CD56 (HLH) ⑥				
<input type="checkbox"/>	Adhäsionsproteine (LAD) ⑤				
<input type="checkbox"/>	(CD11a, CD11b, CD11c, CD18) / MNC				
<input type="checkbox"/>	CD15s / PMNC				
<input type="checkbox"/>	Rezeptoren ⑤				
<input type="checkbox"/>	Interleukin-2 Rezeptor (CD25) (EDTA)				
<input type="checkbox"/>	Interferon-8 Rezeptor (CD119) (EDTA)				
<input type="checkbox"/>	Interleukin-7 Rezeptor (CD127) (EDTA)				
<input type="checkbox"/>	Stammzellmarker ②				
<input type="checkbox"/>	CD34				
<input type="checkbox"/>	CD34, CD3				

Serum Proteine

Immunologie-Labor LA1-C8

Telefon 044 266 75 60

Probenmaterial: (A) für alle Analysen total 2,7 ml Nativblut (C) 1 ml Nativblut, sofort ins Labor bringen
 (B) 10 ml Nativblut + 10 ml Citratblut, warm (37°C) entnehmen und transportieren; nur nach Voranmeldung im Labor

Immunglobuline		(A)	Autoantikörper		(A)	Komplement		(A)
<input type="checkbox"/>	IgG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rheumafaktor (IgM-anti-IgG)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	C3	
<input type="checkbox"/>	IgA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kryoglobuline (spez. Blutentnahme)	(B)	<input type="checkbox"/>	C4	
<input type="checkbox"/>	IgM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Antinukleäre AK (ANA)	(A)	<input type="checkbox"/>	CH 100 (klassischer Weg) & AP 50 (alternativer Weg) & MBL	(C)
<input type="checkbox"/>	IgG Subklassen 1-4 (ab 1 Jahr)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anti-ds-DNS				
<input type="checkbox"/>	SSW bei Geburt (Angabe im 1. Lebensjahr)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anti-ENA (Screening)				
<input type="checkbox"/>	Impf-Antikörper	(A)	<input type="checkbox"/>	Anti-RNP				
<input type="checkbox"/>	IgG anti-Diphtherie Toxin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anti-Sm				
<input type="checkbox"/>	IgG anti-Tetanus Toxoid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anti-Scl 70				
<input type="checkbox"/>	IgG anti-Haemophilus-influenzae Typ B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anti-SSA (Ro)				
<input type="checkbox"/>	IgG anti-Streptococcus-pneumoniae	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anti-SSB (La)				
<input type="checkbox"/>	Impfdaten:		<input type="checkbox"/>	Anti-Jo 1				
<input type="checkbox"/>	Diphtherie <input type="checkbox"/> vor Impfung <input type="checkbox"/> _____ Wochen nach der Impfung		<input type="checkbox"/>	Anti-Nucleosomen				
<input type="checkbox"/>	Tetanus <input type="checkbox"/> vor Impfung <input type="checkbox"/> _____ Wochen nach der Impfung							
<input type="checkbox"/>	Haemophilus <input type="checkbox"/> vor Impfung influenza <input type="checkbox"/> _____ Wochen nach der Impfung							
<input type="checkbox"/>	Streptococcus <input type="checkbox"/> vor Impfung pneumoniae <input type="checkbox"/> _____ Wochen nach der Impfung							