

Sero und MoBi für Dialyse und Transplant.

Bitte Felder schwarz markieren: richtig falsch

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|-------------------------------------|--|--|--|--|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Auftraggeber | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Befundkopie an: <input type="checkbox"/> Transplantations-Labor BSZSG für WL + Organ + Lebendspender <input type="checkbox"/> Nephrologie KSSG <input type="checkbox"/> Transplantations-Koordinator andere: _____ Tel. behandelnder Arzt: _____ <RECHNUNGSKANAL> Tel. Transplantationskoordination: 2534 / 3573 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PatientIn | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Name _____ | | | Vorname _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Adresse _____ | | | PLZ, Ort _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Geburtsdatum _____ | | | <input type="checkbox"/> männlich | | <input type="checkbox"/> weiblich | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Entnahmedatum und -zeit | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tag | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 7 | <input type="checkbox"/> 8 | <input type="checkbox"/> 9 | <input type="checkbox"/> 10 | <input type="checkbox"/> 11 | <input type="checkbox"/> 12 | <input type="checkbox"/> 13 | <input type="checkbox"/> 14 | <input type="checkbox"/> 15 | <input type="checkbox"/> 16 | <input type="checkbox"/> 17 | <input type="checkbox"/> 18 | <input type="checkbox"/> 19 | <input type="checkbox"/> 20 | <input type="checkbox"/> 21 | <input type="checkbox"/> 22 | <input type="checkbox"/> 23 | <input type="checkbox"/> 24 | <input type="checkbox"/> 25 | <input type="checkbox"/> 26 | <input type="checkbox"/> 27 | <input type="checkbox"/> 28 | <input type="checkbox"/> 29 | <input type="checkbox"/> 30 | <input type="checkbox"/> 31 |
| Mt. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 7 | <input type="checkbox"/> 8 | <input type="checkbox"/> 9 | <input type="checkbox"/> 10 | <input type="checkbox"/> 11 | <input type="checkbox"/> 12 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Std. | <input type="checkbox"/> 00 | <input type="checkbox"/> 01 | <input type="checkbox"/> 02 | <input type="checkbox"/> 03 | <input type="checkbox"/> 04 | <input type="checkbox"/> 05 | <input type="checkbox"/> 06 | <input type="checkbox"/> 07 | <input type="checkbox"/> 08 | <input type="checkbox"/> 09 | <input type="checkbox"/> 10 | <input type="checkbox"/> 11 | <input type="checkbox"/> 12 | <input type="checkbox"/> 13 | <input type="checkbox"/> 14 | <input type="checkbox"/> 15 | <input type="checkbox"/> 16 | <input type="checkbox"/> 17 | <input type="checkbox"/> 18 | <input type="checkbox"/> 19 | <input type="checkbox"/> 20 | <input type="checkbox"/> 21 | <input type="checkbox"/> 22 | <input type="checkbox"/> 23 | | | | | | | |
| Min. | <input type="checkbox"/> 00 | <input type="checkbox"/> 05 | <input type="checkbox"/> 10 | <input type="checkbox"/> 15 | <input type="checkbox"/> 20 | <input type="checkbox"/> 25 | <input type="checkbox"/> 30 | <input type="checkbox"/> 35 | <input type="checkbox"/> 40 | <input type="checkbox"/> 45 | <input type="checkbox"/> 50 | <input type="checkbox"/> 55 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <DATUMZEIT> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Probenmaterial | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Serologie: <input type="checkbox"/> Nativ-Blut <input type="checkbox"/> Serum | | | PCR: <input type="checkbox"/> EDTA-Blut <input type="checkbox"/> EDTA-Plasma | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Laboranalysen | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Patientenkleber (nur Barcode) | <input checked="" type="checkbox"/> sind enthalten <input type="checkbox"/> zus. bestellbar | Dialysepatient | Patient auf Warteliste | | Organ Spender | Lebend Spender | Nach - verordnung | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Bitte ankreuzen: | Screen & Jahreskontrolle | Aufnahme Screening | Jahreskontrolle Screening | Screening | Screening | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| frei lassen! (für Labor reserviert) | HBs Ag | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 1) | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | HBs Ig | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | HBc Ig | <input type="checkbox"/> 6) | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | HCV Ig | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 1) | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | CMV IgG | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 1) | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | CMV IgM | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> 2) | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | EBV VCA IgG | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 1) | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | EBV VCA IgM | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> 2) | <input checked="" type="checkbox"/> 2) | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | VZV IgG | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 1) | <input checked="" type="checkbox"/> 2) | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | VZV IgM | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> 2) | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | HIV 1/2-AK/Ag | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Toxo IgG | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 1) | <input checked="" type="checkbox"/> 2) | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Toxo IgM | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> 2) | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | HTLV I/II | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> 3) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Lues TPPA | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| HSV 1,2 IgG | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> 2) | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| HSV 1,2 IgM | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> 2) | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nullserologie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ergebnisse innert | 1 Werktag | 3 Werktagen | 3 Werktagen | 4 Stunden 4) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| HIV-1 PCR | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 5) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| HCV-PCR | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 5) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| HBV-PCR | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| andere PCR | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> EDTA Blut Aliquotieren | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| IKMI 11 | 1) nur markieren, wenn letztes Screening negativ 2) Ergebnis am folgenden Werktag 7) falls Impfstatus unklar (Impfweis) 3) HTLV I/II innert 3 Werktagen 4) nach Eintreffen der Probe im IKMI gilt nicht für PCR Restliche Seren-Volumina werden bei -30°C für 3 Jahre gelagert. 5) für Gewebespende (Cornea) 6) bei Screen markieren | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |