

**Institut für Med. Mikrobiologie und Hygiene**

Universitätsklinikum Freiburg

Hermann-Herder-Straße 11, 79104 Freiburg

Telefon 0761-203-6567 Fax 0761-2036603 **Dienstpiepser** 12-7533

http://www.uniklinik-freiburg.de/virologie/live/diagnostik.html

Version 08/2011 DH/MP

**EINSENDER:** (Klinik + Station / Ambulanz)

**PATIENT (Aufkleber):**

Name \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Straße, Hausnr. \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort \_\_\_\_\_

STATIONÄR  AMBULANT  KASSE  SELBST  PRIVAT  
WAHLELEISTUNG:  JA  NEIN

Einsender Telefonnummer	Piepser	<b>Nadelstichverletzung/Kontamination:</b>
		<b>Spender</b>
		<b>Empfänger</b>
Name und Unterschrift des Einsenders		<b>Zeitpunkt der Verletzung</b>

**Nur vollständige Angaben ermöglichen eine effiziente und sparsame Untersuchung!**

**EILIG!!!** Ergebnis benötigt bis: \_\_\_\_\_ Ergebnis an Fax/Tel.: \_\_\_\_\_

<b>Untersuchungsmaterial:</b>	<b>Entnahmedatum:</b> _____	<b>Uhrzeit:</b> _____
<input type="checkbox"/> Serum <input type="checkbox"/> EDTA-Blut <input type="checkbox"/> Nabelschnurblut <input type="checkbox"/> Liquor <input type="checkbox"/> Bläscheninhalt <input type="checkbox"/> Urin <input type="checkbox"/> Stuhl <input type="checkbox"/> Fruchtwasser	<input type="checkbox"/> NPS <input type="checkbox"/> Trachealsekret <input type="checkbox"/> Bronchiallavage (BAL) <input type="checkbox"/> Rachenabstrich ( <i>Kein Gelabstrich!!! Abnahmesets: SAP 60093919</i> )	<input type="checkbox"/> Abstrich: Lokalisation _____ <input type="checkbox"/> Biopsie: _____ <input type="checkbox"/> Autopsiematerial: _____ <input type="checkbox"/> Kammerwasser <input type="checkbox"/> Sonstiges:

<b>Antikörpernachweis/Serologie (kürztl. Blutproduktgabe?: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, zuletzt vor _____ Tagen/Wochen)</b>			
<input type="checkbox"/> <i>Mycoplasma pneumoniae</i> (akut: besser Ra.abstrich für PCR respiratorische Erreger) <input type="checkbox"/> Q-Fieber ( <i>Coxiella burnetii</i> ) <input type="checkbox"/> Masern <input type="radio"/> Infektion <input type="radio"/> Immunität <input type="checkbox"/> Mumps <input type="radio"/> Infektion <input type="radio"/> Immunität <input type="checkbox"/> Röteln <input type="radio"/> Infektion <input type="radio"/> Immunität <input type="checkbox"/> Parvo B19 <input type="radio"/> Infektion <input type="radio"/> Immunität <input type="checkbox"/> FSME <input type="radio"/> Infektion <input type="radio"/> Immunität	<input type="checkbox"/> Varicella-Zoster (VZV) ( <i>Läsionen: Abstrich für PCR!</i> ) <input type="checkbox"/> Herpes simplex (HSV1/2) ( <i>Läsionen: Abstrich für Virusnachweis!</i> ) <input type="checkbox"/> HSV 2 <input type="checkbox"/> Zytomegalie (CMV) <input type="checkbox"/> Epstein-Barr (EBV) <input type="checkbox"/> HHV 8	<input type="checkbox"/> Hepatitis A <input type="checkbox"/> Hepatitis A Immunität <input type="checkbox"/> Hepatitis B <input type="checkbox"/> Hepatitis B nach Impfung <input type="checkbox"/> Hepatitis C <input type="checkbox"/> Hepatitis D <input type="checkbox"/> Hepatitis E <input type="checkbox"/> HIV	<input type="checkbox"/> HTLV1/2 <input type="checkbox"/> Hanta/Toscana <input type="checkbox"/> Dengue <input type="checkbox"/> Sonstiges: <b>Liquor-Serum-AK (ASI)</b> <input type="checkbox"/> VZV <input type="checkbox"/> HSV <input type="checkbox"/> MRZ-Reaktion

<b>Erregernachweis</b>			
<b>Virus-isolierung:</b>	<b>PCR:</b>		
<input type="checkbox"/> CMV <input type="checkbox"/> HSV1/2	<input type="checkbox"/> CMV (Blut: EDTA) <input type="checkbox"/> CMV Resistenz <input type="checkbox"/> EBV (Blut: EDTA) <input type="checkbox"/> HSV <input type="checkbox"/> VZV <input type="checkbox"/> HHV8	<input type="checkbox"/> Adenoviren <input type="checkbox"/> Enteroviren <input type="checkbox"/> Parechoviren <input type="checkbox"/> Parvo B19 <input type="checkbox"/> JC-Virus <input type="checkbox"/> BK- Virus	<input type="checkbox"/> Masernvirus <input type="checkbox"/> Mumpsvirus <input type="checkbox"/> Papillomviren MULTIPLEX <input type="checkbox"/> Respiratorische Erreger <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> Enteritisviren <sup>2</sup>
			<input type="checkbox"/> HIV (Blut: EDTA) <input type="checkbox"/> HIV Resistenz <input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> HBV Genotyp/Resistenz <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> HCV Genotyp <input type="checkbox"/> HDV <input type="checkbox"/> HEV <input type="checkbox"/> Sonstiges:

<sup>1</sup> Adeno-, Boca-, Corona-, Entero-, Influenza-, Parainfluenza-, Parecho-, Rhinoviren, HMPV, RSV, *Bordetella pertussis*, *Chlamydomphila pneumoniae*, *Legionella pneumophila*, *Mykoplasma pneumoniae* <sup>2</sup> Adenoviren, Astroviren, Noroviren, Rotaviren

<b>Diagnose (s. auch unten):</b>		<input type="checkbox"/> akut erkrankt seit:
		<input type="checkbox"/> chronische Erkrankung
<b>Erkrankung:</b>	<b>Untersuchungsanlaß:</b>	<b>Anamnese:</b>
<input type="checkbox"/> Atemwegsinfektion <input type="checkbox"/> Pneumonie <input type="checkbox"/> Meningitis/Enzephalitis <input type="checkbox"/> Myokarditis <input type="checkbox"/> Parotitis/Adenitis <input type="checkbox"/> Nephritis	<input type="checkbox"/> Arthritis <input type="checkbox"/> Exanthem <input type="checkbox"/> Enteritis <input type="checkbox"/> Hepatitis <input type="checkbox"/> akut <input type="checkbox"/> chronisch <input type="checkbox"/> LK-Schwellung Lok.: <input type="checkbox"/> Mononukleose <input type="checkbox"/> FUO	<input type="checkbox"/> Schwangerschaft SSW: _____ <input type="checkbox"/> Routineüberwachung <input type="checkbox"/> Präop. Untersuchung <input type="checkbox"/> Nadelstichverletzung (s.o.)
		<input type="checkbox"/> Transplantation <input type="checkbox"/> Tumor <input type="checkbox"/> KM <input type="checkbox"/> Niere <input type="checkbox"/> Leber <input type="checkbox"/> Herz <input type="checkbox"/> Lunge <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Immunsuppression <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> Auslandsaufenthalt: <input type="checkbox"/> Schwangerschaft SSW:
<b>Infektparameter:</b> Fieber _____ CRP _____ Procalcitonin _____ GPT _____		Leukozyten _____
<b>Antivirale Therapie:</b> <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, mit _____ Seit: _____		