

Department 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 8, Sept. 2016 DH/MP

EINSENDER: (Klinik + Station / Ambulanz)

PATIENT (Aufkleber):

Name _____

Geburtsdatum _____

Straße, Hausnr. _____

PLZ, Wohnort _____

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

Nur vollständige Angaben ermöglichen eine effiziente und sparsame Untersuchung!

EILIG!!! Ergebnis benötigt bis: _____ Ergebnis an Fax/Tel.: _____

Untersuchungsmaterial:	Entnahmedatum: _____	Uhrzeit: _____
<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 (Kein Gelabstrich!!! Abnahmesets: SAP)	<input type="checkbox"/> Abstrich: Lokalisation _____ <input type="checkbox"/> Biopsie: _____ <input type="checkbox"/> Autopsiematerial: _____ <input type="checkbox"/> Kammerwasser <input type="checkbox"/> Sonstiges:
Antikörpernachweis/Serologie (kürzl. Blutproduktgabe?: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, zuletzt vor _____ Tagen/Wochen)		
<input type="checkbox"/> <i>Mycoplasma pneumoniae</i> <input type="checkbox"/> Q-Fieber (<i>Coxiella burnetii</i>) <input type="checkbox"/> Masern <input type="radio"/> akut <input type="radio"/> Immunstatus <input type="checkbox"/> Mumps <input type="radio"/> akut <input type="radio"/> Immunstatus <input type="checkbox"/> Röteln <input type="radio"/> akut <input type="radio"/> Immunstatus <input type="checkbox"/> Parvo B19 <input type="radio"/> akut <input type="radio"/> Immunstatus <input type="checkbox"/> FSME <input type="radio"/> akut <input type="radio"/> Immunstatus <input type="checkbox"/> Hantavirus/Toscanavirus	<input type="checkbox"/> Varicella-Zoster (VZV) <input type="checkbox"/> Herpes simplex (HSV1/2) <input type="checkbox"/> HSV 2 (Herpes genitalis) <input type="checkbox"/> Zytomegalie (CMV) <input type="checkbox"/> Epstein-Barr (EBV) <input type="checkbox"/> HHV 8 (Fremdlabor)	<input type="checkbox"/> Hepatitis A <input type="radio"/> akut <input type="radio"/> Immunstatus <input type="checkbox"/> Hepatitis B <input type="radio"/> 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"/> Dengue <input type="checkbox"/> Chikungunya <input type="checkbox"/> Zika <input type="checkbox"/> Sonstiges: Liquor-Serum-AK (ASI) <input type="checkbox"/> MRZ-Reaktion (V.a. MS) <input type="checkbox"/> VZV <input type="checkbox"/> HSV (Frühestens 10 Tage nach Erkrankungsbeginn)
Erregernachweis		
Virus-isolierung: <input type="checkbox"/> CMV <input type="checkbox"/> CMV Resistenz <input type="checkbox"/> EBV <input type="checkbox"/> HSV <input type="checkbox"/> VZV <input type="checkbox"/> HHV8 <input type="checkbox"/> HHV6 ³	<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 MULTIPLEX <input type="checkbox"/> Mumpsvirus <input type="checkbox"/> Papillomviren <input type="checkbox"/> Zikavirus <input type="checkbox"/> Chikungunya <input type="checkbox"/> Enteritisviren ² <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:

¹ Adeno-, Boca-, Corona-, Entero-, Influenza-, Parainfluenza-, Parecho-, Rhinoviren, HMPV, RSV, *Bordetella pertussis*, *Legionella pneumophila*, *Mycoplasma pneumoniae* ² Adenoviren, Astroviren, Noroviren, Rotaviren ³Nur bei bestimmten Indikationen ggf. nach Rücksprache

Diagnose (s. auch unten):		<input type="checkbox"/> akut erkrankt seit: _____
		<input type="checkbox"/> chronische Erkrankung
Erkrankung: <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	Untersuchungsanlaß: <input type="checkbox"/> Schwangerschaft SSW: _____ <input type="checkbox"/> Routineüberwachung <input type="checkbox"/> Präop. Untersuchung <input type="checkbox"/> Nadelstichverletzung (s.o.)
Anamnese: <input type="checkbox"/> Transplantation <input type="checkbox"/> SZ <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"/> Auslandsaufenthalt: <input type="checkbox"/> Schwangerschaft SSW:	<input type="checkbox"/> Tumor <input type="checkbox"/> HIV	
Infektparameter: Fieber _____ CRP _____ Procalcitonin _____ GPT _____ Leukozyten _____		
Antivirale Therapie: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, mit _____ Seit: _____		