

**Department für Med. Mikrobiologie, Virologie 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 9, Mai 2020 DH/MP

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

**PATIENT (Aufkleber):**

Name \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Straße, Hausnr. \_\_\_\_\_

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

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"/> _____ <input type="checkbox"/> Liquor <input type="checkbox"/> Stuhl <input type="checkbox"/> Urin <input type="checkbox"/> Fruchtwasser	<input type="checkbox"/> NPS <input type="checkbox"/> Trachealsekret <input type="checkbox"/> Bronchiallavage (BAL) <input type="checkbox"/> Abstrich	<input type="checkbox"/> Biopsie: _____ <input type="checkbox"/> Autopsiematerial: _____ <input type="checkbox"/> Aufgereinigte DNA/RNA <input type="checkbox"/> Kammerwasser <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ <input type="checkbox"/> Nase <input type="checkbox"/> Rachen <input type="checkbox"/> Bläschen <input type="checkbox"/> Haut Lokalisation: _____

<b>Antikörpernachweis/Serologie (kürzl. Blutproduktgabe?:</b> <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, zuletzt vor _____ Tagen/Wochen		<b>Tropenrückkehrer:</b>
<input type="checkbox"/> <i>Mycoplasma pneumoniae</i> <input type="checkbox"/> Q-Fieber ( <i>Coxiella burnetii</i> ) <input type="checkbox"/> Masern <input type="radio"/> IgG <input type="radio"/> IgM* <input type="checkbox"/> Mumps <input type="radio"/> IgG <input type="radio"/> IgM* <input type="checkbox"/> Röteln <input type="radio"/> IgG <input type="radio"/> IgM* <input type="checkbox"/> Parvo B19 <input type="radio"/> IgG <input type="radio"/> IgM* <input type="checkbox"/> FSME <input type="radio"/> IgG <input type="radio"/> IgM* <input type="checkbox"/> Hantavirus <input type="radio"/> IgG <input type="radio"/> IgM*	<input type="checkbox"/> Varicella-Zoster (VZV) <input type="checkbox"/> Herpes simplex (HSV1/2) <input type="checkbox"/> HSV 2 <input type="checkbox"/> Zytomegalie (CMV) <input type="checkbox"/> Epstein-Barr (EBV)	<input type="checkbox"/> Hepatitis A <input type="radio"/> IgM <input type="radio"/> IgG <input type="checkbox"/> Hepatitis B <input type="radio"/> nach Impfung <input type="checkbox"/> Hepatitis C <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> HTLV I/II <input type="checkbox"/> SARS-CoV-2-IgG (mind. 2 Wo. zurückliegender Erkrankungsbeginn) <input type="radio"/> nach Symptomen <input type="radio"/> nach Kontakt
*nur bei entsprechenden Symptomen		Land: _____ Symptome seit: _____ <input type="checkbox"/> Dengue <input type="checkbox"/> Zika <input type="checkbox"/> Chikungunya <b>Liquor-Serum-AK (ASI)</b> <input type="checkbox"/> MRZ-Reaktion (V.a. MS, nicht bei Meningitis/Enzephalitis) <input type="checkbox"/> VZV (bei fehlendem PCR-Nachweis) <input type="checkbox"/> HSV (Frühestens 10 Tage nach Erkrankungsbeginn)

<b>Erregernachweis</b>	<b>Virus-PCR:</b>	<b>MULTIPLEX</b>
<b>isolierung:</b> <input type="checkbox"/> CMV <input type="checkbox"/> HSV1/2 <input type="checkbox"/> CMV <input type="checkbox"/> HSV1/2 <input type="checkbox"/> VZV <input type="checkbox"/> HHV8 <input type="checkbox"/> HHV6 <sup>3</sup>	<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"/> SARS-CoV-2 <input type="checkbox"/> HPV <input type="checkbox"/> Masernvirus <input type="checkbox"/> Mumpsvirus <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 (HKU1, OC43, NL63, 229E)-, Entero-, Influenza-, Parainfluenza-, Parecho-, Rhinoviren, HMPV, RSV, *Bordetella pertussis*, *Legionella pneumophila*, *Mykoplasma pneumoniae* <sup>2</sup> Adenoviren, Astroviren, Noroviren, Rotaviren, Sapoviren <sup>3</sup>Nur bei bestimmten Indikationen ggf. nach Rücksprache

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