

Einsender	
Telefonnr:	Unterschrift des Einsenders

PATIENT

Name _____
Geburtsdatum _____
Straße, Hausnr. _____
PLZ, Wohnort _____

Nur vollständige Angaben ermöglichen eine effiziente und zeitnahe 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"/> Trachealsekret <input type="checkbox"/> Bronchiallavage (BAL) <input type="checkbox"/> Fruchtwasser	<input type="checkbox"/> Nasopharyngeal Sekret (NPS) <input type="checkbox"/> Rachenabstrich <input type="checkbox"/> Abstrich: Lokalisation _____ <input type="checkbox"/> Kammerwasser <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____
Klinische Angaben (Verdacht auf):		
<input type="checkbox"/> Windpocken <input type="checkbox"/> nach Impfung <input type="checkbox"/> 1. Impfung: Jahr _____ <input type="checkbox"/> 2. Impfung: Jahr _____ <input type="checkbox"/> Impfstoff: _____		
<input type="checkbox"/> Herpes Zoster <input type="checkbox"/> nach Impfung <input type="checkbox"/> 1. Impfung: Jahr _____ <input type="checkbox"/> 2. Impfung: Jahr _____ <input type="checkbox"/> Impfstoff: _____		
<input type="checkbox"/> Herpes simplex Lokalisation der Läsionen: _____		
Antikörpernachweis	Nukleinsäurenachweis (PCR)	
<input type="checkbox"/> HSV 1/2-IgG-Avidität <input type="checkbox"/> HSV-IgG typenspezifische Differenzierung HSV1/HSV2	<input type="checkbox"/> VZV-IgG-Avidität <input type="checkbox"/> VZV-IgG-IFT (Immunitätsnachweis nach mehrfacher Impfung)	<input type="checkbox"/> HSV-1 <input type="checkbox"/> HSV-2 <input type="checkbox"/> VZV
Resistenztestung / Typisierung		
<input type="checkbox"/> HSV-Isolierung <input type="checkbox"/> HSV-Resistenztestung ¹ (phänotypisch oder genotypisch ²) <input type="checkbox"/> VZV-Resistenztestung ¹ (phänotypisch oder genotypisch ²) <input type="checkbox"/> VZV-Typisierung (Unterscheidung Impfstamm / Wildtyp)		

¹ Indikation: anhaltende klinische HSV-/VZV-Infektion ohne Befundbesserung und persistierender Virusnachweis unter adäquater Therapie

² Das Labor behält sich vor zu entscheiden, ob die Resistenzbestimmung phänotypisch oder genotypisch erfolgt

Notwendige klinische Patienteninformationen für Resistenztestungen: (falls nicht verfügbar, bitte Telefon + Name Ansprechpartner: _____)		
Immunsuppression: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Virusnachweis seit: _____		
Virusnachweis durch: <input type="checkbox"/> PCR <input type="checkbox"/> Virusisolierung <input type="checkbox"/> HSV-1-Antigen <input type="checkbox"/> HSV-2-Antigen <input type="checkbox"/> VZV-Antigen		
Antivirale Therapie		
<input type="checkbox"/> Acyclovir seit: _____ bis: _____ <input type="checkbox"/> i. v. <input type="checkbox"/> oral Dosis: _____	<input type="checkbox"/> Valacyclovir seit: _____ bis: _____	<input type="checkbox"/> Foscarnet seit: _____ bis: _____
<input type="checkbox"/> Cidofovir seit: _____ bis: _____	<input type="checkbox"/> andere: _____ seit: _____ bis: _____	
Zusätzliche Informationen:		

Bitte beachten: Bei klinischem Verdacht auf antivirale Resistenz bei immunsupprimierten Patienten darf nicht auf das Ergebnis der Resistenztestung gewartet werden. Es wird eine umgehende Umstellung der Therapie empfohlen, um Komplikationen zu vermeiden.