



Nationales Referenzzentrum für die Surveillance Transmissibler Spongiformer Enzephalopathien

Forschungsnetz zur Verbesserung der Früh- und Differentialdiagnose
der Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK)

Referenzlabor

ANFORDERUNGSFORMULAR LIQUORDIAGNOSTIK

UNIVERSITÄTSMEDIZIN GÖTTINGEN **UMG**



Universitätsmedizin Göttingen
Neurologie, Prionforschung
Labor, z.H. Frau B. Ciesielczyk
Robert-Koch-Str. 40
37075 Göttingen

Im Rahmen der Tätigkeit als Nationales Referenzzentrum für Prionerkrankungen erheben wir im Auftrag des Robert-Koch-Institutes epidemiologische Daten und unterstützen Sie gern bei der differentialdiagnostischen Einschätzung der Befunde. Dazu sind vollständige klinische Daten und Angabe von Name und Telefonnummer der ärztlichen Ansprechpartner unabdingbar! Dieses Formular ist in jedem Fall zu verwenden.

Ohne VOLLSTÄNDIGE Angaben KEINE Bearbeitung

wird vom Labor ausgefüllt	
A	/
E	
14-3-3:	
sonstiges:	

1/9 Einsender (ggf Stempel)	
Behandelnde(r) Arzt in	Patientenaufkleber
Klinik	
Station	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Ort	
Telefon	
Telefax	

2/9 Klinische Daten																																																					
Erkrankungsbeginn: <input type="text"/>	sonstige klinische Bemerkungen:																																																				
<table border="0"> <tr> <td>ja</td> <td>nein</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Demenz</td> <td>seit: MMST:</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Ataxie</td> <td>seit:</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Cort. Sehstörung</td> <td>seit:</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Extrapyramidal</td> <td>seit:</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Babinski</td> <td>seit:</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Myoklonien</td> <td>seit:</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Akin. Mutismus</td> <td>seit:</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Psychiatrisch</td> <td>seit:</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Dysästhesien</td> <td>seit:</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>sonstiges seit:</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Schlaganfall</td> <td>am:</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>epilept. Anfall</td> <td>am:</td> </tr> </table>	ja	nein			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Demenz	seit: MMST:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ataxie	seit:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cort. Sehstörung	seit:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Extrapyramidal	seit:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Babinski	seit:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Myoklonien	seit:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Akin. Mutismus	seit:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Psychiatrisch	seit:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dysästhesien	seit:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	sonstiges seit:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schlaganfall	am:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	epilept. Anfall	am:	<div style="border: 1px solid black; height: 150px; width: 100%;"></div> <p>was:</p> <p>wo:</p> <p>was:</p>
ja	nein																																																				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Demenz	seit: MMST:																																																		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ataxie	seit:																																																		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cort. Sehstörung	seit:																																																		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Extrapyramidal	seit:																																																		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Babinski	seit:																																																		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Myoklonien	seit:																																																		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Akin. Mutismus	seit:																																																		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Psychiatrisch	seit:																																																		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dysästhesien	seit:																																																		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	sonstiges seit:																																																		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schlaganfall	am:																																																		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	epilept. Anfall	am:																																																		

3/9 Liquorbefund	
LP Datum	oligoklon. Banden (autochton im Liquor): <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Zellzahl (n / μ L)
	Qalb:

Formular zurücksetzen

Formular drucken



Nationales Referenzzentrum für die Surveillance Transmissibler Spongiformer Enzephalopathien

Forschungsnetz zur Verbesserung der Früh- und Differentialdiagnose
der Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK)

Referenzlabor

ANFORDERUNGSFORMULAR LIQUORDIAGNOSTIK (Fortsetzung)

UNIVERSITÄTSMEDIZIN
GÖTTINGEN : UMG



4/9 EEG (bitte A U S Z Ü G E beilegen)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Alpha EEG | <input type="checkbox"/> Allgemeinveränderung |
| <input type="checkbox"/> Herd | <input type="checkbox"/> periodische Sharp Wave Komplexe |
| <input type="checkbox"/> rhythmisch generalisierte triphasische Wellen | <input type="checkbox"/> Normalbefund |

5/9 MRT (bitte C D beilegen)

- | | | | | | |
|--|------------------------------|--------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|--|
| <u>Hyperintensitäten:</u> Basalganglien: | <input type="checkbox"/> DWI | <input type="checkbox"/> FLAIR | <input type="checkbox"/> T1 | <input type="checkbox"/> T2 | <input type="checkbox"/> keine Hyperintensitäten |
| Cortex: | <input type="checkbox"/> DWI | <input type="checkbox"/> FLAIR | <input type="checkbox"/> T1 | <input type="checkbox"/> T2 | <input type="checkbox"/> keine Hyperintensitäten |
| Thalamus: | <input type="checkbox"/> DWI | <input type="checkbox"/> FLAIR | <input type="checkbox"/> T1 | <input type="checkbox"/> T2 | <input type="checkbox"/> keine Hyperintensitäten |

6/9 Vorgeschichte

- | | | |
|--------------------------|-------|--------------------------------|
| Neurol. Vorerkrankungen | | <input type="checkbox"/> keine |
| Psych. Vorerkrankungen | | <input type="checkbox"/> keine |
| Neurochir. OP (was/wann) | | <input type="checkbox"/> keine |
| Augen OP (was/wann) | | <input type="checkbox"/> keine |
| Wachstumshormone: | | <input type="checkbox"/> keine |
| sonstiges: | | <input type="checkbox"/> keine |

7/9 Anforderung Liquordiagnostik

- | Liquor | Liquor | Genetik (EDTA Blut) |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Proteine 14-3-3 | <input type="checkbox"/> Amyloid beta 1-42 | <input type="checkbox"/> PRNP Codon 129 |
| <input type="checkbox"/> Tau (gesamt) | <input type="checkbox"/> Amyloid beta 1-40 | |
| <input type="checkbox"/> NSE | <input type="checkbox"/> Phospho-Tau | |
| <input type="checkbox"/> S100b | <input type="checkbox"/> Transthyretin | |

8/9 Check

----- Sind ALLE Angaben VOLLSTÄNDIG ? -----

9/9 Benötigtes Material und Versand

Material unmittelbar nach Abnahme versenden (T-Box)!

- mindestens 2 ml Liquor (falls blutig tingiert, bitte abzentrifugieren)
- 2 x 2,7ml EDTA Blut
- mindestens 2 ml Serum

An:

Universitätsmedizin Göttingen
Klinik für Neurologie
Prionforschung, Labor (B. Ciesielczyk)
Robert-Koch-Str. 40
37075 Göttingen