



Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin
Pädiatrische Immunologie und Rheumatologie
Direktor: Univ.-Prof. Dr. med. F. Zepp

Klinisch-Immunologisches Labor
Dr. med. A. Sonnenschein
Dr. rer. nat. C.U. Meyer
Geb. 911, Zi. 01-340
Obere Zahlbacher Str. 63, 55131 Mainz
Telefon +49 (0) 6131 17-3963
Telefax +49 (0) 6131 17-6491
E-Mail ilab-ki@um-mainz.de
www.unimedizin-mainz.de/pir

Laboranforderung

Immunologische Diagnostik

Absender (Stempel)

Patientendaten / Patientenetikett	
Name	_____
Vorname	_____
Geburtsdatum	_____
PLZ /	_____
Wohnort	_____
Straße /	_____
Hausnr.	_____
<input type="checkbox"/> (teil-) stationär	<input type="checkbox"/> ambulant nächstes Feld beachten!

Hauptversicherter / Rechnungsempfänger	
Name /	_____
Vorname	_____
Kranken-	_____
kasse	_____
PLZ /	_____
Wohnort	_____
Straße /	_____
Hausnr.	_____

Laboranforderung		<input type="checkbox"/> Erstuntersuchung	<input type="checkbox"/> Kontrolluntersuchung
(Verdachts-)	_____		
Diagnose?	_____		
Aktuelle Therapie?	_____		
(Wesentliche klinische Befunde; welche Infektionen? Bitte auch die Rückseite beachten!)			
Erkrankungs-	Entnahme-	Entnahme-	Uhr
beginn	datum	uhrzeit	
Station und	Name des		
Telefon	anf. Arztes		
Ort und Datum	Unterschrift des anfordernden Arztes		

T- und B-Zell-System
<input type="checkbox"/> Immunstatus-Basisdiagnostik
<input type="checkbox"/> Lymphozytenphänotypisierung
<input type="checkbox"/> T-Lymphozytenstimulation (polyklonal)
<input type="checkbox"/> Immunstatus-spezielle Diagnostik
<input type="checkbox"/> T-Zell-Antigenrezeptoren (TCR αβ, TCR γδ)
<input type="checkbox"/> T-Lymphozytenstimulation (spezifisch)

Granulozyten
<input type="checkbox"/> Granulozytenfunktion – einfach
<input type="checkbox"/> Phagozytose-Test
<input type="checkbox"/> Oxyburst (Sauerstoffradikalbildung)
<input type="checkbox"/> Granulozytenfunktion – speziell
<input type="checkbox"/> Chemotaxis
<input type="checkbox"/> Adhäsionsmarker

Mediatoren
<input type="checkbox"/> Zytokin-Profil (Interleukine)
<input type="checkbox"/> IL-1β <input type="checkbox"/> IL-5 <input type="checkbox"/> IL-10 <input type="checkbox"/> TNF-α
<input type="checkbox"/> IL-2 <input type="checkbox"/> IL-6 <input type="checkbox"/> IL-12p70
<input type="checkbox"/> IL-4 <input type="checkbox"/> IL-8 <input type="checkbox"/> INF-γ

Probenhandhabung und Probenversand
3 – 5 ml steril entnommenes, heparinisirtes (20 IE / 1 ml) Vollblut in Spritze oder zusatzfreiem Röhrchen. Alternativ: Lithium-Heparinmonovette Bitte immer Blut einer Kontrollperson mitschicken (z.B. Elternteil, Personal).
Versand Probe bei Raumtemperatur (15 – 20 °C) lagern. Eintreffen der Proben innerhalb von 12 Stunden sicherstellen. Granulozyten müssen am Abnahmetag eintreffen!
Unbedingt telefonisch anmelden!



Entwurf 11-2016

