



Wird vom LGL ausgefüllt!

T
Einsender (Adresse bzw. Stempel) Rechnung an: <input type="checkbox"/> Ohne Berechnung

Eingang:	Ausgang:
Patientendaten: Name: _____ Vorname: _____ Geb.-Datum: _____ <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich Adresse: Patienten-Code: Frühere LGL-Nr.:	

Datum Probennahme:	Untersuchungsmaterial: <input type="checkbox"/> Sputum <input type="checkbox"/> BAL <input type="checkbox"/> Bronchialsekret <input type="checkbox"/> Urin <input type="checkbox"/> Stuhl <input type="checkbox"/> sonstiges:	Anforderung: <input type="checkbox"/> Mikroskopie/Kultur <input type="checkbox"/> PCR Direktnachweis Stammissolat: <input type="checkbox"/> Differenzierung <input type="checkbox"/> Resistenz
---------------------------	--	--

Bitte bei Einsendung von Untersuchungsproben beachten: 1. Alle Materialien sind unter möglichst sterilen Bedingungen zu gewinnen und in sterilen Gefäßen zu verschicken. 2. <u>Bitte beachten Sie folgende (Mindest-)Volumina:</u> 2-5 ml bei Sputum, Bronchialsekret und Magensaft; 20-30 ml bei BAL und Magenspülwasser; 30 ml bei Urin ; 3-5 ml bei Liquor sowie 30-50 ml bei anderen Körperflüssigkeiten (z.B. Punktate). Weitere Details entnehmen Sie bitte auf unserer Homepage (https://www.lgl.bayern.de/) dem <u>Tuberkulose-Merkblatt Präanalytik</u> bzw. dem Leistungsverzeichnis. 3. Bei noch nicht gesicherter Diagnose sind nach Möglichkeit drei Proben an drei unterschiedlichen Tagen zu entnehmen. 4. Kontrolluntersuchungen sind abhängig von Art u. Dauer der Erkrankung bzw. Chemotherapiegabe. Im Allgemeinen sind Kontrollen im Abstand von 4 Wochen zweckmäßig. Die Transportdauer soll so kurz wie möglich sein.
--

Interferon γ Release Assay (IGRA): Datum Blutentnahme: _____ Uhrzeit: _____ <input type="checkbox"/> Blut bebrütet Stunden: _____ <input type="checkbox"/> Blut unbebrütet Tuberkulintest: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt BCG-Impfung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt	
---	--

Weitere Angaben: Geburtsland: Immunsuppression: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt wenn ja, Art: Auslandsaufenthalt in den letzten 12 Monaten: <input type="checkbox"/> ja wenn ja, Land: _____ <input type="checkbox"/> nein

Anlass der Untersuchung: <input type="checkbox"/> Umgebungsunters. Enge des Kontaktes: <input type="checkbox"/> V. a. TB-Erkrankung Sonstiges:

Sonstiges/Klinik:

Wird vom LGL ausgefüllt!

Sonstiger Resultatempfänger:

Versanddatum: _____ Einsendername: _____ Tel: _____ Unterschrift des Einsenders:
