

**Bayerisches Landesamt
für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit**

Dienststelle Oberschleißheim
Veterinärstraße 2 85764 Oberschleißheim
Telefon 09131/6808-5269/5270/5172

Untersuchungsauftrag



Tuberkulose/Mykobakteriosen

Eingang:

Ausgang:

Wird vom LGL ausgefüllt!

Einsender (Adresse bzw. Stempel)

Rechnung an:

Ohne Berechnung

Patientendaten:

Name: Vorname:
Geb.-Datum: männlich weiblich

Adresse:

Patienten-Code:

Frühere LGL-Nr.:

Datum Probennahme:

Untersuchungsmaterial: Anforderung:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Sputum | <input type="checkbox"/> Mikroskopie/Kultur |
| <input type="checkbox"/> BAL | <input type="checkbox"/> PCR Direktnachweis |
| <input type="checkbox"/> Bronchialsekret | |
| <input type="checkbox"/> Urin | Stammisolat: |
| <input type="checkbox"/> Stuhl | <input type="checkbox"/> Differenzierung |
| <input type="checkbox"/> sonstiges: | <input type="checkbox"/> Resistenz |

Bitte bei Einsendung von Untersuchungsproben beachten:

- Alle Materialien sind unter möglichst sterilen Bedingungen zu gewinnen und in sterilen Gefäßen zu verschicken.
- Bitte beachten Sie folgende (Mindest-)Volumina:
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 Tuberkulose-Merkblatt Präh-analytik bzw. dem Leistungsverzeichnis.
- Bei noch nicht gesicherter Diagnose sind nach Möglichkeit drei Proben an drei unterschiedlichen Tagen zu entnehmen.
- 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:

 Blut bebrütet Stunden: Blut unbebrütet
 Tuberkulintest: ja nein unbekannt
 BCG-Impfung: ja nein unbekannt

Weitere Angaben:

Geburtsland:
 Immunsuppression: ja nein unbekannt
 wenn ja, Art:
 Auslandsaufenthalt in den letzten 12 Monaten: ja
 wenn ja, Land: nein
 Sonstiges/Klinik:

Anlass der Untersuchung:

- Umgebungsunters. Enge des Kontaktes:
 V. a. TB-Erkrankung Sonstiges:

Wird vom LGL ausgefüllt!

Sonstiger Resultatempfänger:

Versanddatum: Einsendername:

Tel: Unterschrift des Einsenders: