

# HLH / MAS Erstdiagnose (24h Versand)

<p><b>Patient</b></p> <p>Name:</p> <p>Vorname:</p> <p>Geburtsdatum:</p> <p>Blutabnahme:</p>
---

**Material bitte ankündigen:**

E-Mail: [marion.schneider@uni-ulm.de](mailto:marion.schneider@uni-ulm.de)

Tel.: (+49) 731 500-60080/81

Fax: (+49) 731 500 60082

**An:**

Prof. Dr. E. Marion Schneider

Sektion Experimentelle Anästhesiologie

Uniklinik Ulm - CKL

Albert Einstein Allee 23

89081 ULM / Germany

Wir können die Hämophagozytose in vitro untersuchen:

Hämophagozytose-Test?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
-----------------------	-----------------------------	-------------------------------

HLH oder MAS können mit genetischen Veränderungen assoziiert sein. Sind sie mit einer genetischen Untersuchung relevanter Gene einverstanden?

Gentest?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
----------	-----------------------------	-------------------------------



\_\_\_\_\_  
Datum, *UNTERSCHRIFT* Patient / Erziehungsberechtigter

<b>Bitte senden Sie:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2,7 ml EDTA-Blut (innerhalb von 2-3 Tagen verschicken)</li> <li>• &gt; 4.0 ml heparinisiertes Vollblut oder 2.0 ml heparinisiertes Knochenmark (innerhalb von 24h verschicken)</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Optional: Liquor (CSF), Ascites, Bronchial Lavage (BAL)</li> </ul>
<b>Ungekühlt verschicken!</b>	

Abnahmedatum, Uhrzeit: _____	Klinik: _____
Verdachtsdiagnose: _____	Arzt: _____
Aktuelle Therapie: _____	Tel.: _____
	Fax: _____
	E-Mail: _____

## Klinische Angaben

**Familienanamnese**

positiv  negativ

**Eltern konsanguin**

ja  nein

**M. Still**

ja  nein

Leber \_\_\_\_\_ cm

Milz \_\_\_\_\_ cm

Leukozyten \_\_\_\_\_ /nl

Ly \_\_\_\_\_ %

Hb \_\_\_\_\_ g/dl

Thrombozyten \_\_\_\_\_ /nl

CRP \_\_\_\_\_ mg/l

LDH \_\_\_\_\_ U/l

Ferritin \_\_\_\_\_ ng/ml

Fibrinogen \_\_\_\_\_ g/l

Triglyzeride \_\_\_\_\_ mg/dl

sGOT/sGPT \_\_\_\_\_ U/l