

Angabe von Entnahme-Datum und -Zeit:

Tag

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31

Monat

Jan	Feb	März	April	Mai	Juni	Juli	Aug	Sept	Okt	Nov	Dez
-----	-----	------	-------	-----	------	------	-----	------	-----	-----	-----

Std.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24

Min.

5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55
---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

Kohorten-Nummer

Zentrifugation (Chemie Labor)

T	T	M	M	J	J	J	J	H	H	H	H
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

KOHORTEN-UNTERSUCHUNGEN	MOLEKULARBIOLOGIE	INFEKTIONSIMMUNOLOGIE (SERUM)	
<p>M915 <input type="checkbox"/> HIV Kohorten-Start ① (2 x 8ml CPT, 2 x 7.5ml EDTA, 1 x 7.5ml Li-Heparin und 1 x 7.5ml Serum)</p> <p>M916 <input type="checkbox"/> Follow-up 1 ② (2 x 8ml CPT, 2 x 7.5ml EDTA und 1 x 7.5ml Serum)</p> <p>M913 <input type="checkbox"/> Follow-up 2 ③ (3 x 7.5ml EDTA)</p> <p>M893 <input type="checkbox"/> DNA-TECH (1 x 8ml CPT)</p>	<p>M627 <input type="checkbox"/> HIV-1 quant..</p> <p>G690 <input type="checkbox"/> PERT-Assay quant.④</p> <p>G165 <input type="checkbox"/> HIV Resistenz (PR+RT) ⑤</p> <p>G640 <input type="checkbox"/> HIV Resistenz (Integrase) ⑤</p> <p>G000 <input type="checkbox"/> HIV-1 Tropismus ⑤</p> <p>M534 <input type="checkbox"/> HBV quant.</p> <p>G730 <input type="checkbox"/> HBV Resistenz</p> <p>M000 <input type="checkbox"/> HCV quant.</p> <p>M012 <input type="checkbox"/> HCV Genotyp</p> <p>G740 <input type="checkbox"/> HCV Resistenz</p> <p>M516 <input type="checkbox"/> HDV quant.</p>	<p>7122 <input type="checkbox"/> Hepatitis A Ak gesamt</p> <p>7142 <input type="checkbox"/> Hepatitis B HBs Ag</p> <p>7380 <input type="checkbox"/> Hepatitis B HBs Ag quant.</p> <p>7145 <input type="checkbox"/> Hepatitis B HBs Ak quant.</p> <p>7151 <input type="checkbox"/> Hepatitis B HBc Ak gesamt</p> <p>7159 <input type="checkbox"/> Hepatitis B HBe Ag</p> <p>7161 <input type="checkbox"/> Hepatitis B HBe Ak</p> <p>7164 <input type="checkbox"/> Hepatitis C Ak</p> <p>S180 <input type="checkbox"/> Hepatitis D Ak</p>	<p style="text-align: right; border: 1px solid black; padding: 2px;">7.5 ml</p> <p>7338 <input type="checkbox"/> HIV Screening (Ak + p24Ag)</p> <p>7223 <input type="checkbox"/> Lues Titerverlauf (VDRL)</p> <p>7225 <input type="checkbox"/> Lues Titerverlauf (TPPA)</p> <p>7178 <input type="checkbox"/> Cytomegalie (IgG)-Ak</p> <p>7206 <input type="checkbox"/> Toxoplasma (IgG)-Ak</p> <p style="text-align: right; border: 1px solid black; padding: 2px;">ohne Gel 7.5 ml</p> <p>S405 <input type="checkbox"/> M. tuberculosis (T-Spot) (Mo-Do 8.00 bis 17.00Uhr)</p>

<p>Angaben des Labors</p> <p>Ankunftsdatum: _____</p> <p>Ankunftszeit: _____ : _____</p> <p>Visum Labor: _____</p>	<p>Bemerkung:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p style="font-size: 1.2em;">Laboretikette</p>
--	--	---

GR Labor

aktuelle HIV Last: GEq/ml
 nicht älter als 1 Woche

am (Datum): _____

Aktuelle CD4 Zahl: /µl
 nicht älter als 1 Monat

am (Datum): _____

email Arzt: _____



Informationen zu Material und Tests (siehe Rückseite)

Arzt / Stempel (Bitte in Druckbuchstaben):

Auftrags-Nr.
Bitte richtig und mit dunklem Stift markieren!



KOHORTEN-UNTERSUCHUNGEN	MOLEKULARBIOLOGIE	INFEKTIONSSEROLOGIE
<p>Kohorten-Start ① (2x 8 ml CPT, 2x 7.5 ml EDTA, 1x 7.5 ml Li-Heparin und 1x 7.5 ml Serum) HIV Last HBs-Antigen HBs-Antikörper HBc-Antikörper HCV-Antikörper HAV-Antikörper T-Spot (Tuberkulose) Lues (TPPA) Zytothek Plasmathek</p> <p>Follow-up 1 ② (2x 8 ml CPT, 2x 7.5 ml EDTA und 1x 7.5 ml Serum) HIV Last HCV-Antikörper Lues (TPPA) Zytothek Plasmathek</p> <p>Follow-up 2 ③ (3x 7.5 ml EDTA) HIV-Last Plasmathek</p> <p>Am Freitag keine Zytothek nur nur HIV Last möglich. Bei Fragen kontaktieren Sie bitte das Kohortenlabor Tel. 061 266 36 08</p>	<p>PERT-Assay ④ (1x 7.5 ml EDTA) Montags zusenden, wird als Unterauftrag durchgeführt.</p> <p>Resistenzanalysen ⑤ (2x 7.5 ml EDTA-Plasma oder 8 ml zentrifugiertes CPT-Blut, bei Viruslasten <1000 Geq/ml, 4x 7.5ml EDTA-Plasma) Email-Adresse des einsendenden Arztes, Therapieanamnese (siehe Vorderseite)</p> <p>Bei Fragen zu Resistenz- Analysen wenden Sie sich an das Labor GR: Tel. 061 265 36 04</p>	<p>T-Zell-Immunität (IGRA) ⑥ Interferon γ Release Assay (1x 7.5 ml Li-Heparin oder 1x 8 ml CPT) M. tuberculosis (T-Spot) Mo-Do 8.00 bis 17.00 Uhr</p>

FARB-CODE	OBLIGATORISCHE VERSAND-BEDINGUNGEN
<p> Lithium-Heparin</p> <p> Serum-Gel</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Formular den perforierten Linien entlang auf 1/3 falten! ● Pro Formular 1 verschlossene Versandtasche!