



**Allergielabor, Mykologie, Serologie,
 Molekularbiologie / Venerologie** Formular 1

Arzt / Name, Adresse des Auftraggebers extern (Stempel)

 Suchernr. (USZ) _____
 Kopie an: _____

Name: _____
 Vorname: _____
 Geschlecht: _____
 Geburtsdatum: _____
 Strasse: _____
 PLZ/Ort: _____

Patienten-Etikette oder Patienten-Angaben

Rechnung an: Auftraggeber Patient
 Andere (bitte vollständige Adresse) _____

**Bitte für jeden Laborbereich ein separates Formular verwenden.
 Angaben zur Entnahme, Probentransport und unserer Dienstleistung: www.uzl.usz.ch und www.dermatologie.usz.ch**

Entnahmedatum: _____

Klinische Angaben: _____

Therapie: ja / nein _____

Bitte mit weichem Bleistift markieren!

Richtig Falsch

Auftraggeber Code

Mykologie Tel. 044 255 39 64

Gewünschte Untersuchung:	Probenmaterial und Lokalisation:
<input type="checkbox"/> Mikroskopie und Kultur	<input type="checkbox"/> Nagel: _____
<input type="checkbox"/> Resistenzprüfung (nur Hefen)	<input type="checkbox"/> Hautschuppen: _____
<input type="checkbox"/> Identifikation einer Kultur	<input type="checkbox"/> Haare: _____
	<input type="checkbox"/> Abstrich Haut: _____
	<input type="checkbox"/> Abstrich Schleimhaut: _____
	<input type="checkbox"/> Biopsie: _____
	<input type="checkbox"/> Klebestreifen auf Objektträger (nur Mikroskopie)
	<input type="checkbox"/> _____

Luesserologie Tel. 044 255 39 63

Verdacht auf: Lues I Lues II Lues III
 Lues latens Neurolues Reinfekt

Behandlungskontrolle nach: _____
 HIV-Status: _____

Blut / Serum	Liquor
<input type="checkbox"/> Lues-Screening (+ Bestätigung falls positiv) ¹⁾	<input type="checkbox"/> Lues-Screening (+ Bestätigung falls positiv)
Einzelanforderungen:	Einzelanforderungen:
<input type="checkbox"/> RPR	<input type="checkbox"/> RPR
<input type="checkbox"/> TPPA	<input type="checkbox"/> TPPA
<input type="checkbox"/> IgG-ELISA	<input type="checkbox"/> IgG-ELISA
<input type="checkbox"/> IgM-ELISA	<input type="checkbox"/> SPHA-IgM

1) Screening erfolgt mit TPPA, bei Verdacht auf Lues I mit TPPA und IgM-ELISA

Molekularbiologie / Venerologie Tel. 044 255 39 65

Blockanalysen (Multiplex-PCR):	Einzelanforderungen:	Probenmaterial und Lokalisation:
<input type="checkbox"/> Genitale, anale, orale Ulzera (Treponema pallidum, Haemophilus ducreyi, Herpes simplex Virus 1 + 2)	<input type="checkbox"/> Treponema pallidum PCR	<input type="checkbox"/> Abstrich: _____
<input type="checkbox"/> Bläschen/Vesikel (Herpes simplex Virus 1 + 2, Varizella Zoster Virus)	<input type="checkbox"/> Haemophilus ducreyi PCR	<input type="checkbox"/> Ulkusabstrich: _____
	<input type="checkbox"/> Herpes simplex Virus 1 + 2 PCR	<input type="checkbox"/> Biopsie: _____
	<input type="checkbox"/> Varizella Zoster Virus PCR	<input type="checkbox"/> _____

Bemerkungen: _____

Nachbestellung von Auftragsformularen

10 Ex. 50 Ex. 100 Ex. mit Versandmaterial ohne Versandmaterial

Bitte Ihre genaue Adresse (Stempel) im Auftraggeberfeld angeben!

Labornummer

64 32 16 8 4 2 1

Bitte hier falzen

Allergie-Marker

- Tryptase
- ISAC (Microarray-basierte IgE-Messung)

- ECP (Eosinophiles Kationisches Protein)

Serumröhrchen mit Gerinnungsaktivator.
Blut nach Entnahme **90 Minuten** bei
Raumtemperatur stehen lassen, dann bei
1000 - 1300 x g zentrifugieren und Serum
umgehend abfüllen.

Hymenopterengiftallergien

- Spezifische IgG:**
- Bienengift IgG
 - Wespengift IgG

- Spezifische IgG4:**
- Bienengift IgG4
 - Wespengift IgG4

- Inhibitionen:**
- Bienengift
 - Wespengift

BAT (Basophiler Aktivierungstest)

- Bienengift
- Wespengift
- Hornissengift

2 EDTA-Blutröhrchen und Absprache mit Labor.
Tel. **044 255 39 68**

Medikamentenallergien

- BAT (Basophiler Aktivierungstest)**

Medikamente:

2 EDTA-Blutröhrchen und Absprache mit Labor.
Tel. **044 255 39 68**

- LTT (Lymphozyten Transformationstest)***

**Nur nach telefonischer Anmeldung.
Tel. 044 255 39 68**

Medikamente/Wirkstoffe (pro Auftrag max. 3):

Blutentnahme (Mind. 30-50 ml
Heparinblut, je nach Anzahl Medikamente):

Datum: _____ Uhrzeit: _____

Versand:

Max. 24h Transportzeit, Raumtemperatur

Aktuelle Medikamente:

* Nicht-akkreditierte Analyse

Probenmaterialien

Vacutainer **rot**
(Nativblut/Serum)

Vacutainer **violett**
(EDTA)

Vacutainer **grün**
(Heparin)

Serumröhrchen mit Gerinnungsaktivator
BD SST II Advance (Ref 367955)

Für Bestimmung von Gesamt IgE
und spezifischen IgE Auftragskarte
AKI/Allergologie anfordern:
Tel: 044 255 12 00

Bemerkungen:
