

**Zentrum für Labormedizin**

**Universitätsklinik für Hämatologie  
 und Hämatologisches Zentrallabor**

**STS 259**

**Spezialdiagnostik Hämostase**

Fachverantwortung: Prof. Dr. J. Kremer Hovinga  
 M. Reusser, BMA HF

Auskunft: Tel. 031 / 632 33 15,  
[haemostaselabor@insel.ch](mailto:haemostaselabor@insel.ch)  
[www.zlm.insel.ch](http://www.zlm.insel.ch)

Materialannahme: Täglich (Montag-Freitag)

Versandart: Citratplasma (2x zentrifugiert bei  
 1500g während 10 Minuten)  
 auf Trockeneis  
 per Post / Eilpost/ Kurier

**Auftrag zur Bestimmung der  
 ADAMTS-13 Aktivität / Inhibitor**

**Patient:**

**Name, Vorname, Geburtsdatum, Geschlecht,  
 Adresse (wenn Rechnungsempfänger)**

**Blutentnahmedatum:**

**Zeit:**

vor Therapie

nach Therapie

Material:  Citratplasma (bevorzugt)

Serum

Heparinplasma

zusätzlich EDTA-Vollblut für allfällige DNA-Analysen

**Gewünschte Analysen:**

- ADAMTS-13 Aktivität (Dienstag / Freitag; notfallmässige Bestimmungen nach telefonischer Absprache möglich)
- ADAMTS-13 Aktivität Überprüfung eigenes Resultat: \_\_\_\_\_ (nur Dienstag / Freitag)
- ADAMTS-13 Inhibitor (Dienstag; wird automatisch in allen Proben mit ADAMTS-13 Aktivität ≤20% angesetzt)

**Klinische Angaben/Diagnose:**

**Therapie:**

Plasmainfusion Menge: \_\_\_\_\_  Plasmaaustausch  Steroide

Andere (Rituximab, Splenektomie, etc.) bitte spezifizieren \_\_\_\_\_

Die Blutprobe wird nach der ADAMTS13-Untersuchung für allfällige spätere Untersuchungen (Zusatz- oder Vergleichs-untersuchungen im Verlauf, Familienabklärung), zur internen Qualitätskontrolle oder zu Forschungszwecken (allfällige Publikationen ohne Rückschlussmöglichkeit auf Patient) im Zusammenhang mit der Erkrankung des Patienten voraussichtlich für mehrere Jahre aufbewahrt. Der zuweisende Arzt ist verpflichtet, den Patienten zu informieren und sein Einverständnis dafür einzuholen.

Absender: bitte Stempel  Spital: Abt: Ärztin/Arzt: Tel./Sucher:	Rechnungsadresse (bitte genaue Anschrift):  <input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> zuweisender Arzt/Spital <input type="checkbox"/> Andere:	Schriftliche Befundkopie an (bitte genaue Anschrift):
<input type="checkbox"/> Wünsche Befund per Post <input type="checkbox"/> Wünsche ausschliesslich elektronischen Befund		Fax / E-Mail (nur HIN-geschützte Email-Adressen)

**Postadresse: Zentrum für Labormedizin, Hämostase, Inselspital/Universitätsspital, CH-3010 Bern**