

Department für Med. Mikrobiologie, Virologie und Hygiene

Universitätsklinikum Freiburg

Hermann-Herder-Straße 11, 79104 Freiburg

Telefon 0761-203-6567 Fax 0761-2036603 Dienstpiepser 12-7533

http://www.uniklinik-freiburg.de/virologie/live/diagnostik.html

Version 10, Mai 2021 DH/MP

EINSENDER: (Klinik + Station / Ambulanz)

PATIENT (Aufkleber):

Name _____

Geburtsdatum _____

Straße, Hausnr. _____

PLZ, Wohnort _____

Einsender Telefonnummer	Piepser	Nadelstichverletzung/Kontamination:
		Spender
		Empfänger
Name und Unterschrift des Einsenders		Zeitpunkt der Verletzung

Nur vollständige Angaben ermöglichen eine effiziente und sparsame Untersuchung!

EILIG!!! Ergebnis benötigt bis: _____ Ergebnis an Fax/Tel.: _____

Untersuchungsmaterial:	Entnahmedatum: _____	Uhrzeit: _____
<input type="checkbox"/> Serum <input type="checkbox"/> EDTA-Blut <input type="checkbox"/> Lithium-Heparin-Blut <input type="checkbox"/> Nabelschnurblut <input type="checkbox"/> Liquor <input type="checkbox"/> Stuhl <input type="checkbox"/> Urin <input type="checkbox"/> Fruchtwasser	<input type="checkbox"/> NPS <input type="checkbox"/> Trachealsekret <input type="checkbox"/> Bronchiallavage (BAL) <input type="checkbox"/> Abstrich <input type="radio"/> Nase <input type="radio"/> Rachen <input type="radio"/> Bläschen <input type="radio"/> Haut	<input type="checkbox"/> Biopsie: _____ <input type="checkbox"/> Autopsiematerial: _____ <input type="checkbox"/> Aufgereinigte DNA/RNA Lokalisation: _____
		<input type="checkbox"/> Kammerwasser <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____

Antikörpernachweis/Serologie (kürzl. Blutproduktgabe?: Nein Ja, zuletzt vor _____ Tagen/Wochen

<input type="checkbox"/> <i>Mycoplasma pneumoniae</i> <input type="checkbox"/> Q-Fieber (<i>Coxiella burnetii</i>) <input type="checkbox"/> Masern <input type="radio"/> IgG <input type="radio"/> IgM* <input type="checkbox"/> Mumps <input type="radio"/> IgG <input type="radio"/> IgM* <input type="checkbox"/> Röteln <input type="radio"/> IgG <input type="radio"/> IgM* <input type="checkbox"/> Parvo B19 <input type="radio"/> IgG <input type="radio"/> IgM* <input type="checkbox"/> FSME <input type="radio"/> IgG <input type="radio"/> IgM* <input type="checkbox"/> Hantavirus <input type="radio"/> IgG <input type="radio"/> IgM*	<input type="checkbox"/> Varicella-Zoster (VZV) <input type="checkbox"/> Herpes simplex (HSV1/2) <input type="checkbox"/> HSV 2 <input type="checkbox"/> Zytomegalie (CMV) <input type="checkbox"/> Epstein-Barr (EBV) <input type="checkbox"/> SARS-CoV-2 T-Zell-Antwort (IFN γ - release assay - frisches Li- Heparin-Vollblut!!!) <input type="radio"/> nach Infektion <input type="radio"/> fragl. Infektion <input type="radio"/> nach Impfung <input type="radio"/> mRNA <input type="radio"/> Vektor	<input type="checkbox"/> Hepatitis A <input type="radio"/> IgM <input type="radio"/> IgG <input type="checkbox"/> Hepatitis B <input type="radio"/> nach Impfung <input type="checkbox"/> Hepatitis C <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> HTLV I/II <input type="checkbox"/> SARS-CoV-2-IgG <input type="radio"/> nach Infektion <input type="radio"/> fragl. Infektion <input type="radio"/> nach Impfung <input type="radio"/> mRNA <input type="radio"/> Vektor 1. Impfung: _____ 2. Impfung: _____	Tropenrückkehrer: Land: _____ Symptome seit: _____ <input type="checkbox"/> Dengue <input type="checkbox"/> Zika <input type="checkbox"/> Chikungunya Liquor-Serum-AK (ASI) <input type="checkbox"/> MRZ-Reaktion (V.a. MS, nicht bei Meningitis/Enzephalitis) <input type="checkbox"/> VZV (bei fehlendem PCR- Nachweis) <input type="checkbox"/> HSV (Frühestens 10 Tage nach Erkrankungsbeginn)
---	---	--	---

*nur bei entsprechenden Symptomen

Erregernachweis	MULTIPLEX
Virus-PCR: isolierung <input type="checkbox"/> CMV <input type="checkbox"/> Adenoviren <input type="checkbox"/> SARS-CoV-2 <input type="checkbox"/> CMV Resistenz <input type="checkbox"/> Enteroviren <input type="checkbox"/> CMV <input type="checkbox"/> EBV <input type="checkbox"/> Parechoviren <input type="checkbox"/> HSV1/2 <input type="checkbox"/> HSV 1/2 <input type="checkbox"/> Parvo B19 <input type="checkbox"/> Rötelnvirus <input type="checkbox"/> VZV <input type="checkbox"/> JC-Virus <input type="checkbox"/> Masernvirus <input type="checkbox"/> HHV8 <input type="checkbox"/> HHV6 ³ <input type="checkbox"/> BK- Virus <input type="checkbox"/> Mumpsvirus	<input type="checkbox"/> Respiratorische Erreger inkl. SARS-CoV-2 ¹ <input type="checkbox"/> Enteritisviren ² <input type="checkbox"/> HIV (Blut: EDTA) <input type="checkbox"/> HIV Resistenz <input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> HBV Genotyp/Resistenz <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> HCV Genotyp <input type="checkbox"/> HDV <input type="checkbox"/> HEV <input type="checkbox"/> HEV Genotyp <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____

¹ SARS-CoV-2, Adeno-, Boca-, Corona (HKU1, OC43, NL63, 229E)-, Entero-, Influenza-, Parainfluenza-, Rhinoviren, HMPV, RSV, *Bordetella pertussis*, *Legionella pneumophila*, *Mykoplasma pneumoniae* ² Adenoviren, Astroviren, Noroviren, Rotaviren, Sapoviren ³Nur bei bestimmten Indikationen ggf. nach Rücksprache

Diagnose (s. auch unten):	<input type="checkbox"/> akut erkrankt seit: _____
	<input type="checkbox"/> chronische Erkrankung
Erkrankung: <input type="checkbox"/> Atemwegsinfektion <input type="checkbox"/> Pneumonie <input type="checkbox"/> Meningitis/Enzephalitis <input type="checkbox"/> Myokarditis <input type="checkbox"/> Parotitis/Adenitis <input type="checkbox"/> Nephritis <input type="checkbox"/> Arthritis <input type="checkbox"/> Exanthem <input type="checkbox"/> Enteritis <input type="checkbox"/> Hepatitis <input type="checkbox"/> akut <input type="checkbox"/> chronisch <input type="checkbox"/> LK-Schwellung Lok.: <input type="checkbox"/> Mononukleose <input type="checkbox"/> FUO	Untersuchungsanlaß: <input type="checkbox"/> Schwangerschaft SSW: _____ <input type="checkbox"/> Routineüberwachung <input type="checkbox"/> Präop. Untersuchung <input type="checkbox"/> _____
Infektparameter: Fieber _____ CRP _____ Procalcitonin _____ GPT _____	Anamnese: <input type="checkbox"/> Transplantation <input type="checkbox"/> Tumor <input type="checkbox"/> SZ <input type="checkbox"/> Niere <input type="checkbox"/> Leber <input type="checkbox"/> Herz <input type="checkbox"/> Lunge <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Immunsuppression <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> Auslandsaufenthalt: <input type="checkbox"/> Schwangerschaft SSW: _____
Leukozyten _____	
Antivirale Therapie: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, mit _____ Seit: _____	