

UPPGIFTER OM FÖRSÄNDELSEN	
Remitterande sjukhus och avdelning	Faktureringsadress om annan än uppdragsgivarens
Adress	Svarsadress om annan än uppdragsgivarens
Svaret önskas att meddela	Kontaktperson och tfn
Tfn: _____ Fax: _____	

UPPGIFTER OM DEN UNDERSÖKTA		
Efternamn	Personbeteckning	Diagnos
Förnamn	Kundens provnummer	Provtagningsdatum och tid

SYMPTOM, FYND OCH FRÅGESTÄLLNING	
<p><b>Trombocyter</b></p> <p>Trombocytopeni <input type="checkbox"/> Akut <input type="checkbox"/> Kronisk</p> <p>Normal nivå _____ 10<sup>9</sup>/l datum _____</p> <p>Nedgången börjat _____ 10<sup>9</sup>/l datum _____</p> <p>Lägsta värde _____ 10<sup>9</sup>/l datum _____</p> <p>Värde nu _____ 10<sup>9</sup>/l datum _____</p> <p><b>Blödningssymptom</b></p> <p><input type="checkbox"/> Petekier <input type="checkbox"/> Blåmärken <input type="checkbox"/> Slemhinneblödningar</p> <p><input type="checkbox"/> annan, vilken _____ <input type="checkbox"/> Inga blödningssymptom</p>	<p><b>Frågeställning</b> (bedömda orsaker till trombocytopeni; trombocytopeni i släkten, trombocyternas storlek, benmärgsfynd, medicinering som påverkar trombocytterna mm.)</p>

BEGÄRAN OM UNDERSÖKNINGAR (Se <a href="http://www.fimlab.fi">www.fimlab.fi</a> för mer information om undersökningar)
<p>Brådskande <input type="checkbox"/> Endast en del av undersökningarna kan utföras som brådskande (se <a href="http://www.fimlab.fi">www.fimlab.fi</a> -&gt; Hemostas- och trombocytundersökningar). Brådskande prov analyseras enligt överenskommelse med Fimlabs läkare (tfn 044 472 8393).</p>

<p><b>Alloimmun trombocytopeni hos nyfödd (NAIT)</b></p> <p>Se den andra sidan av remissen: Neonatal alloimmun trombocytopeni hos foster och nyfödd (NAIT)</p> <p><input type="checkbox"/> KL 3487 B -Trombocyter, autoantikroppar (kval)</p> <p>Bedömda orsaker till trombocytopenin</p> <p><input type="checkbox"/> ITP <input type="checkbox"/> akut infektion <input type="checkbox"/> nylig vaccinering</p> <p><input type="checkbox"/> cytostatbehandling <input type="checkbox"/> stor mjälte</p> <p><input type="checkbox"/> annan _____</p> <p><input type="checkbox"/> autoimmun sjukdom, vilken _____</p>	<p><b>Heparininduserad trombocytopeni</b></p> <p><input type="checkbox"/> KL 4399 B -Undersökning av heparininduserad trombocytopeni</p> <p>När resultatet av screeningen är positivt görs en fortsatt undersökning (KL 6234), som faktureras separat.</p> <p>Heparinpreparat _____</p> <p>Startdatum _____</p> <p>Slutdatum _____</p> <p><input type="checkbox"/> Pågår ännu</p> <p>Ny trombos under behandlingen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej</p> <p>Heparin tidigare</p> <p><input type="checkbox"/> ingen uppgift <input type="checkbox"/> ingen terapi</p> <p><input type="checkbox"/> inom 100 dygn <input type="checkbox"/> över 100 dygn tidigare</p> <p>Annan orsak till trombocytopenin:</p>
--	--

<p><b>HPA-antikropsundersökning vid transfusion av trombocyter</b></p> <p><input type="checkbox"/> KL 2796 B -Trombocytantikroppar, typning</p> <p>Undersökningen ska utföras ifall HLA-antikropparna inte förklarar den svaga trombocyt transfusionsresponsen eller ifall responsen är svag på HLA typbestämda trombocyter. Undersökningen innehåller undersökningar för trombocyt autoantikroppar och HPA-antikroppar. Ifall HPA-antikroppar påträffas utförs en ytterligare undersökning B - Alloantigentypning av trombocyter, DNA-undersökning (KL 4277) som faktureras separat. Resultaten förmedlas till FRK Blodtjänst för att säkerställa specialblodprodukters leverans.</p> <p>Har HLA-antikroppar undersökts? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej</p> <p><b>Trombocyternas transfusionsrespons</b></p> <p>Transfusion av trombocyter från datum _____</p> <p>senaste, datum _____</p> <p>Transfusionsrespons för _____ produkt/er: trombocyter (10<sup>9</sup>/l)</p> <p>före transfusion _____ efter 1h _____ följande morgon _____</p> <p><input type="checkbox"/> immunglobulinbehandling <input type="checkbox"/> kortisonbehandling</p> <p>annan behandling _____</p>	<p><b>Specialundersökningar av trombocyter</b></p> <p><input type="checkbox"/> KL 4432 T -Membranglykoproteiner *</p> <p><input type="checkbox"/> KL 3125 B -Trombocyter, funktionsundersökning *</p> <p>* undersöks inte i det skickade provet</p> <p><input type="checkbox"/> 5178 B -Uppföljning av P2Y12-receptorhämning **</p> <p>** Citratblod, skickas i rumstemperatur. Provet måste undersökas inom 72 timmar efter provtagningen.</p> <p>Behandlande läkare _____</p> <p>Tfn _____ Datum _____</p>
---	--

## Alloimmun trombocytopeni hos foster och nyfödda (neonatal alloimmun trombocytopeni, NAIT)

### Alloimmun trombocytopeni hos foster och nyfödda - undersökningen omfattar följande undersökningar:

- 4268 B -Immuntrombocytopeniundersökning, nyfödd, screening (HPA-genotypning)  
 B -Immuntrombocytopeniundersökning, nyfödd, fortsatt undersökning (HPA-antikroppsundersökningar)  
 Laboratoriets sakkunnige överväger vidare undersökningar på basis av screeningsresultatet och det kliniska tillståndet.

Undersökningspaketet är delat i två delar, som faktureras separat. Om man vid screeningundersökningen finner HPA-oförenlighet mellan moder och barn eller föräldrar, bestäms de antikroppar som gäller den aktuella oförenligheten genom en fortsatt undersökning. Resultaten förmedlas till Röda Korset Blodtjänst för konsultationer och försäkrande av specialblodprodukters leverans. Ett specialblodkort för modern skickas från Blodtjänst vid behov.

### FÖRÄLDRARNAS UPPGIFTER

Mor	Personbeteckning
Far	Personbeteckning

### TIDIGARE GRAVIDITETER OCH MISSFALL

År	Graviditet/förlossningskomplikationer	Barns trombocyter	NAIT					
		lägsta värde _____ x10 <sup>9</sup> /l, ålder _____	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nej	<input type="checkbox"/>	inte undersökt
		lägsta värde _____ x10 <sup>9</sup> /l, ålder _____	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nej	<input type="checkbox"/>	inte undersökt
		lägsta värde _____ x10 <sup>9</sup> /l, ålder _____	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nej	<input type="checkbox"/>	inte undersökt

### BARNET MED MISSTÄNKT ALLOIMMUN TROMBOCYTOPENI

Namn	Personbeteckning
Vikt g _____ apg. 1/5 min _____ navelartår: pH _____ trombocyter vid födseln 10 <sup>9</sup> /l _____	
<input type="checkbox"/> asphyksia <input type="checkbox"/> mekoniumaspiration <input type="checkbox"/> infektion <input type="checkbox"/> annan sjukdom	
Blödningssymtom <input type="checkbox"/> petekier <input type="checkbox"/> hematom <input type="checkbox"/> hjärnblödning <input type="checkbox"/> blödning i inre organ <input type="checkbox"/> ej blödningssymtom	
Trombocyter <1 dygns ålder _____ 10 <sup>9</sup> /l Lägsta värde _____ 10 <sup>9</sup> /l datum _____ Förbättrades _____ 10 <sup>9</sup> /l datum _____	
Behandling av den nyfödda iv-IgG/datum _____ Tromb. transfusion/datum _____ Bastrombocytprodukter, antal _____ Trombocytprodukter efter HPA-typ, antal _____ Tromb. före transfusion _____ 10 <sup>9</sup> /l Tromb. efter transfusion _____ 10 <sup>9</sup> /l <input type="checkbox"/> annan behandling _____	
Behandling av trombocytopeni under fostertiden <input type="checkbox"/> navelvenspunktion, datum _____ tromb _____ 10 <sup>9</sup> /l <input type="checkbox"/> ingen behandling <input type="checkbox"/> moderns iv-IgG _____ gånger från och med _____	

### Frågeställning

Datum \_\_\_\_\_ Behandlande läkare \_\_\_\_\_ Tfn \_\_\_\_\_