

POTILASTIEDOT	
Tutkittavan nimi	Henkilötunnus
TILAAJATIEDOT	
Tilaaajan nimi ja osoite	toimipiste / osasto
	Eriävä laskutusosoite
	Eriävä vastausosoite
Yhteyshenkilö ja puhelinnumero	Asiakasnumero
NÄYTETIEDOT	
Näytteenottoaika (päivämäärä, kellonaika)	Tilaaajan näytenumero
Kiire	Näytteen tutkimisen aikataulusta on sovittava Fimlabin lääkärin kanssa (Hemostaasi- ja trombosyytilaboratorio p. 044 472 8393). Kiireellisesti voidaan tehdä vain osa tutkimuksista (katso Tutkimusohjekirja www.fimlab.fi)
Vastaus pyydetään:	<input type="checkbox"/> puh <input type="checkbox"/> fax
TAUSTATIEDOT, KYSYMYKSENASETELU ja TUTKIMUSPYINTÖ (tutkimusten lisätiedot fimlab.fi -> ohjekirja)	
Trombosyytit	Vuoto-oireet
Trombosytopenia	akuutti krooninen
Normaali taso	10 ⁹ /l pvm
Lasku alkanut	10 ⁹ /l pvm
Alhaisin arvo	10 ⁹ /l pvm
Arvo nyt	10 ⁹ /l pvm
	ei vuoto-oireita petekkioita mustelmia limakalvovuotoja
	muuta? _____

Vastasyntyneen immuunitrombosytopeniatutkimus (NAIT)	Hepariinitrombosytopenia
Katso seuraava sivu	<input type="checkbox"/> KL 4399 B -HeparTP Hepariinitrombosytopeniatutkimus (Jos seulontatulos on positiivinen, tehdään funktionaalinen varmistustesti (KL 6234), joka laskutetaan erikseen.)
Autoimmuunitrombosytopenia	Hepariinivalmiste _____
<input type="checkbox"/> KL 3487 B -TromAbO Trombosyytit, autovasta-aineet (kval)	Aloituspvm _____
Trombosytopenian arvioidut syyt	Lopetuspvm _____ Jatkuu edelleen
ITP	akuutti infektio äskettäinen rokotus
solunsalpaajahoito	suuri perna
muu, mikä _____	
autoimmuunisairaus, mikä _____	
Trombosyyttien siirtovasteeseen liittyvä HPA-vasta-ainetutkimus	Uusi tromboosi hepariinihoidon aikana kyllä ei
<input type="checkbox"/> KL 2796 B -TAB-Ty Trombosyyttivasta-aineet, tyypitys	Hepariinia aiemmin 100 vrk sisällä ei tietoa yli 100 vrk aiemmin ei hoitoa
* Indikaatio: Tehdään, jos HLA-vasta-aineet eivät selitä huonoja trombosyyttien siirtovasteita tai jos vaste on huono HLA-tyypitetyillä trombosyyteillä. * Sisältää trombosyyttien auto- ja HPA-vasta-ainetutkimukset. Jos HPA- vasta-aineita todetaan, tehdään B-Trombosyyttien alloantigeenityypitys, DNA-tutkimus (KL 4277), joka laskutetaan erikseen. * Tulokset välitetään SPR Veripalveluun erikoisverivalmistetoimituksia varten.	Muu syy trombosytopeniaan?
Onko HLA vasta-aineet tutkittu? <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei	Trombosyyttien erikoistutkimukset
Trombosyyttien siirtovasteet	KL 3125 B -TromFu Trombosyytit, funktiotutkimus (ei tutkita lähetetystä näytteestä)
Trombosyyttien siirtoja alkaen, pvm _____	20644 B -P2Y12 P2Y12-reseptorieston seuranta (Katso tutkimuspäivät ja lähetysohjeet Fimlab.fi -> ohjekirja)
viimeksi, pvm _____	
Siirtovaste _____ trombosyyttivalmisteelle _____ (pvm):	KYSYMYKSENASETELU (trombosytopeniaa suvussa, trombosyyttinen koko, luuydinlöydös, trombosyytteihin vaikuttava lääkitys ym.)
Trombosyyttitaso ennen siirtoa _____ x10 ⁹ /l	
1 h kuluttua _____ x10 ⁹ /l seuraavana aamuna _____ x10 ⁹ /l	
Onko saanut immunoglobuliinihoitoa	
kortisonihoitoa	
muuta hoitoa, mitä _____	
LÄHETTÄVÄ LÄÄKÄRI	
Päivämäärä _____	Allekirjoitus ja nimen selvennys _____
	Puhelinnumero _____

Sikiön ja vastasyntyneen alloimmunitrombosytopenia (NAIT)

KL 4268 **B -NAIT** Immuunitrombosytopeniatutkimus, vastasyntyneen

B -Immuunitrombosytopeniatutkimus, vastasyntyneen, seulonta (HPA-genotyyppitys)

B -Immuunitrombosytopeniatutkimus, vastasyntyneen, jatkotutkimus (HPA-vasta-ainetutkimukset)

Jatkotutkimukset tehdään laboratorion asiantuntijan harkinnan mukaan seulontatutkimusten tulosten ja kliinisen tilanteen perusteella ja laskutetaan erikseen. Tiedot tuloksista välitetään SPR Veripalveluun konsultaatioiden ja erikoisverivalmisteiden toimitusten mahdollistamiseksi. Katso tarkemmin <https://fimlab.fi/tutkimus/6213>

VANHEMPIEN TIEDOT

Äiti	Henkilötunnus
Isä	Henkilötunnus

AIEMMAT RASKAUDET JA KESKENMENOT

Vuosi	Raskaus/synnytyskomplikaatiot	Lapsen trombosyytit	NAIT
		pienin arvo x10 ⁹ /l ikä:	kyllä ei ei tutkittu
		pienin arvo x10 ⁹ /l ikä:	kyllä ei ei tutkittu
		pienin arvo x10 ⁹ /l ikä:	kyllä ei ei tutkittu

LAPSI, JOLLA EPÄILLÄÄN ALLOIMMUUNITROMBOSYTOPENIAA

Nimi	Henkilötunnus
Paino (g) _____ apg. 1/5 min _____ napavaltimon pH _____ trombosyytit syntyessä _____ x10 ⁹ /l asfyksia mekonium aspiraatio infektio muu sairaus _____	
Vuoto-oireet ei vuoto-oireita petekkioita mustelmia sisäelinvuoto aivoverenvuoto	
Trombosyyttitaso < 1 vrk iässä _____ x10 ⁹ /l pienin arvo _____ x10 ⁹ /l, pvm _____ korjaantui _____ x10 ⁹ /l, pvm _____	
Vasta-syntyneen hoito IVIG, pvm _____ trombosyyttien siirtoja, pvm _____ perusvalmisteita (lkm) _____ HPA-tyypitettyjä valmisteita (lkm) _____ tromb. ennen siirtoa _____ x10 ⁹ /l tromb. siirron jälkeen _____ x10 ⁹ /l Muu hoito _____	
Trombosytopenian hoito sikiöaikana ei hoito äidin IVIG _____ kertaa _____ alkaen (pvm) Napasuonipunktio, pvm _____ trombosyytit _____ x10 ⁹ /l	

KYSYMYKSENASETELU

--

LÄHETTÄVÄ LÄÄKÄRI

Päivämäärä	Allekirjoitus ja nimen selvitys	Puhelinnumero
------------	---------------------------------	---------------

Fimlab täyttää

Näyte saapunut Fimlabiin	pvm	klo	nimik.	Lisätiedot:
Vastaus faksattu	pvm	klo	nimik.	
Vastaus soitettu	pvm	klo	nimik.	