

LÄHETYSTIEDOT	
Lähettävä sairaala ja osasto	Eriävä laskutusosoite
Osoite	Eriävä vastausosoite
Vastausta pyydetään	Yhteyshenkilö ja puhelinnumero
puh: _____	faksi: _____

TUTKITTAVAN TIEDOT		
Sukunimi	Henkilötunnus	Diagnoosi
Etunimi	Asiakkaan näytenumero	Näytteenottopäivämäärä ja kellonaika

VUOTO-OIREET, LÖYDÖKSET JA KYSYMYKSENASETELU	
<b>Trombosyytit</b> Trombosytopenia <input type="checkbox"/> akuutti <input type="checkbox"/> krooninen  Normaalitaso _____ 10 <sup>9</sup> /l pvm _____ Lasku alkanut _____ 10 <sup>9</sup> /l pvm _____ Alhaisin arvo _____ 10 <sup>9</sup> /l pvm _____ Arvo nyt _____ 10 <sup>9</sup> /l pvm _____  <b>Vuoto-oireet</b> <input type="checkbox"/> petekkiät <input type="checkbox"/> mustelmat <input type="checkbox"/> limakalvovuodot <input type="checkbox"/> muu, mikä _____ <input type="checkbox"/> ei vuoto-oireita	<b>Kysymyksenasettelu</b> (arvioidut trombosytopenian syyt; trombosytopeniaa suvussa, trombosyyttien koko, luuydinlöydös, trombosyytteihin vaikuttava lääkitys ym.)

### TUTKIMUSPYYNTÖ (Katso tutkimusten lisätiedot Fimlabin tutkimusohjekirjasta)

Kiire  Näytteen tutkimisesta on sovittava Fimlabin lääkärin kanssa (p. 044 472 8393). Kiireellisenä voidaan tehdä vain osa tutkimuksista (katso Tutkimusohjekirja [www.fimlab.fi](http://www.fimlab.fi)).

<b>Vastasyntyneiden alloimmunitrombosytopenia (NAIT)</b> Katso lähetteen toinen sivu: Sikiön ja vastasyntyneen alloimmunitrombosytopenia (NAIT)	<b>Hepariinitrombosytopenia</b> <input type="checkbox"/> KL 4399 B -Hepariinitrombosytopenia Jos seulontatulokset (HPIA) on positiivinen, tehdään näytteestä funktionaalinen varmistustesti (HIPA, KL 6234), joka laskutetaan erikseen.
--	---

<b>Autoimmunitrombosytopenia</b> <input type="checkbox"/> KL 3487 B -Trombosyytit, autovasta-aineet (kval)  Trombosytopenian arvioidut syyt: <input type="checkbox"/> ITP <input type="checkbox"/> akuutti infektio <input type="checkbox"/> äskettäinen rokotus <input type="checkbox"/> solunsalpaajahoito <input type="checkbox"/> suuri perna <input type="checkbox"/> muu, mikä _____ <input type="checkbox"/> autoimmuunisairaus, mikä _____	Hepariinivalmiste _____ Aloituspvm _____ Lopetuspvm _____ <input type="checkbox"/> Jatkuu edelleen Uusi tromboosi hoidon aikana <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei Hepariinia aiemmin <input type="checkbox"/> ei tietoa <input type="checkbox"/> ei hoitoa <input type="checkbox"/> 100 vrk sisällä <input type="checkbox"/> yli 100 vrk aiemmin
---	--

<b>HPA-vasta-ainetutkimus liittyen trombosyyttien siirtovasteeseen</b> <input type="checkbox"/> KL 2796 B -Trombosyyttivasta-aineet, tyyppitys Tutkimus on tarkoitettu tehtäväksi vain, jos HLA-vasta-aineet eivät selitä trombosyyttien huonoa siirtovastetta tai jos siirtovaste on huono HLA-tyypityillä trombosyyteillä. Tutkimus sisältää trombosyyttien auto- ja HPA-vasta-ainetutkimukset. Jos näytteessä todetaan HPA-vasta-aineita, jatkotutkimuksena tehdään B-Trombosyyttien alloantigeenityypitys, DNA-tutkimus (KL 4277), joka laskutetaan erikseen. Tulokset välitetään SPR Veripalveluun erikoisverivalmisteiden toimitusten mahdollistamiseksi. Tarvittaessa Veripalvelusta toimitetaan tutkittavaa varten erikoisverikortti.	<b>Muu syy trombosytopeniaan</b>  <b>Trombosyyttien erikoistutkimukset</b> <input type="checkbox"/> KL 4432 T -Membraniglykoproteiini*) <input type="checkbox"/> KL 3125 B -Trombosyytit, funktiotutkimus*) * ei tutkita lähetetystä näytteestä  <input type="checkbox"/> 5178 B -P2Y12 -reseptorieston seuranta **) **) Sitraattiveri, lähetys huoneenlämpöisenä. Näyte tutkittava 72 tunnin kuluessa näytteenotosta. Katso tutkimuspäivät Fimlabin ohjekirjasta.
---	--

Onko HLA vasta-aineet tutkittu? <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei  <b>Trombosyyttien siirtovasteet</b> Trombosyyttien siirtoa lähtien pvm _____ viimeksi pvm _____ Siirtovaste _____ valmisteelle: tromb. ennen siirtoa _____ 10 <sup>9</sup> /l 1h jälkeen _____ 10 <sup>9</sup> /l, seur. aamuna _____ 10 <sup>9</sup> /l <input type="checkbox"/> immunoglobuliinihoito <input type="checkbox"/> kortisonihoito muu hoito _____	Hoitava lääkäri _____ puh. _____ pvm. _____
---	--

## Sikiön ja vastasyntyneen alloimmuunitrombosytopenia (NAIT)

**Sikiön ja vastasyntyneen alloimmuunitrombosytopenia –tutkimus** sisältää seuraavat tutkimukset:

- KL 4268 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.

Tutkimuspaketti on jaettu kahteen osaan, jotka laskutetaan erikseen. Jos seulontatutkimuksessa todetaan HPA-epäsopivuus äidin ja lapsen tai vanhempien välillä, määritetään jatkotutkimuksena vasta-aineet kyseisen epäsopivuuden suhteen. Tiedot tuloksista välitetään SPR Veripalveluun konsultaatioiden ja erikoisverivalmisteiden toimitusten mahdollistamiseksi. Veripalvelusta lähetetään tarvittaessa äitiä varten erikoisverkortti.

### VANHEMPIEN TIEDOT

Äiti	Henkilötunnus
Isä	Henkilötunnus

### AIEMMAT RASKAUDET JA KESKENMENOT

Vuosi	Raskaus/synnytyskomplikaatiot	lapsen tromb	NAIT		
		pienin arvo _____ x10 <sup>9</sup> /l, ikä _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		pienin arvo _____ x10 <sup>9</sup> /l, ikä _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		pienin arvo _____ x10 <sup>9</sup> /l, ikä _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### LAPSI, JOLLA EPÄILLÄÄN ALLOIMMUUNITROMBOSYTOPENIAA

Nimi	Henkilötunnus
Paino g _____ apg. 1/5 min _____ napa-arteria: pH _____ trombosyytit syntyessä 10 <sup>9</sup> /l _____	
<input type="checkbox"/> asphyksia <input type="checkbox"/> mekonium aspiraatio <input type="checkbox"/> infekti <input type="checkbox"/> muu sairaus	
Vuoto-oireet <input type="checkbox"/> petekkiat <input type="checkbox"/> mustelmat <input type="checkbox"/> aivoverenvuoto <input type="checkbox"/> sisäelinvuoto <input type="checkbox"/> ei	
Trombosyytit <1 vrk iässä 10 <sup>9</sup> /l _____ pienin arvo 10 <sup>9</sup> /l _____ pvm _____ korjaantui 10 <sup>9</sup> /l _____ pvm _____	
Vasta-syntyneen hoito IVIG/pvm _____ tromb. siirto pvm _____ perustrombosyyttivalmiste lkm _____ HPA-tyypitetty trombosyyttivalmiste lkm _____ tromb. ennen siirtoa 10 <sup>9</sup> /l _____ tromb. siirron jälkeen 10 <sup>9</sup> /l _____ <input type="checkbox"/> muu hoito	
Trombosytopenian hoito sikiöaikana NSP/pvm _____ trombosyytit 10 <sup>9</sup> /l _____ <input type="checkbox"/> ei hoitoa <input type="checkbox"/> äidin IVIG _____ kertaa alkaen _____ pvm _____	

### Kysymyksenasettelu

pvm \_\_\_\_\_ Hoitava lääkäri \_\_\_\_\_ puh. \_\_\_\_\_