

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	
Trombosyytit Trombosytopenia <input type="checkbox"/> akuutti <input type="checkbox"/> krooninen Normaalitaso _____ 10 ⁹ /l pvm _____ Lasku alkanut _____ 10 ⁹ /l pvm _____ Alhaisin arvo _____ 10 ⁹ /l pvm _____ Arvo nyt _____ 10 ⁹ /l pvm _____ Vuoto-oireet <input type="checkbox"/> petekkiät <input type="checkbox"/> mustelmat <input type="checkbox"/> limakalvovuodot <input type="checkbox"/> muu, mikä _____ <input type="checkbox"/> ei vuoto-oireita	Kysymyksenasettelu (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).

Vastasyntyneiden alloimmunitrombosytopenia (NAIT)
 Katso läheteen toinen sivu: Sikiön ja vastasyntyneen alloimmunitrombosytopenia (NAIT)

Autoimmunitrombosytopenia
 KL 3487 B -Trombosyytit, autovasta-aineet (kval)

 Trombosytopenian arvioidut syyt
 ITP akuutti infektio äskettäinen rokotus
 solunsalpaajahoito suuri perna
 muu, mikä _____
 autoimmunisairaus, mikä _____

Hepariinitrombosytopenia
 KL 4399 B -Hepariinitrombosytopeniatutkimus
 Jos seulontatulos on positiivinen, tehdään näytteestä funktionaalinen varmistustesti (KL 6234), joka laskutetaan erikseen.

Hepariinivalmiste _____
 Aloituspvm _____
 Lopetuspvm _____
 Jatkuu edelleen
 Uusi tromboosi hoidon aikana kyllä ei
 Hepariinia aiemmin
 ei tietoa ei hoitoa
 100 vrk sisällä yli 100 vrk aiemmin

HPA-vasta-ainetutkimus liittyen trombosyyttien siirtovasteeseen
 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-tyypitetyillä 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.

Onko HLA vasta-aineet tutkittu? kyllä ei

Trombosyyttien siirtovasteet

Trombosyyttien siirtoja lähtien pvm _____
 viimeksi pvm _____
 Siirtovaste _____ valmisteelle: tromb. ennen siirtoa _____ 10⁹/l
 1h jälkeen _____ 10⁹/l, seur. aamuna _____ 10⁹/l
 immunoglobuliinihoito kortisonihoito
 muu hoito _____

Muu syy trombosytopeniaan

Trombosyyttien erikoistutkimukset

KL 4432 T -Membraniglykoproteiinit *
 KL 3125 B -Trombosyytit, funktiotutkimus *
 * ei tutkita lähetetystä näytteestä

20644 B -P2Y12 -reseptorieston seuranta **
 ** Sitraattiveri, lähetys huoneenlämpöisenä. Näyte tutkittava 72 tunnin kuluessa näytteenotosta. Katso tutkimuspäivät Fimlabin ohjekirjasta.

Hoitava lääkäri _____
 puh. _____ pvm. _____

Sikiön ja vastasyntyneen alloimmunitrombosytopenia (NAIT)

Sikiön ja vastasyntyneen alloimmunitrombosytopenia –tutkimus sisältää seuraavat tutkimukset:

- KL 4268 B -Immuunitrombosytopeniatutkimus, vastasyntyneen, seulonta (HPA-genotyypitys)
 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 ⁹ /l, ikä _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		pienin arvo _____ x10 ⁹ /l, ikä _____	kyllä	ei	ei tutkittu
		pienin arvo _____ x10 ⁹ /l, ikä _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		pienin arvo _____ x10 ⁹ /l, ikä _____	kyllä	ei	ei tutkittu
		pienin arvo _____ x10 ⁹ /l, ikä _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		pienin arvo _____ x10 ⁹ /l, ikä _____	kyllä	ei	ei tutkittu

LAPSI, JOLLA EPÄILLÄÄN ALLOIMMUUNITROMBOSYTOPENIAA

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

Kysymyksenasettelu

pvm _____ Hoitava lääkäri _____ puh. _____