

POTILAAN TIEDOT

Tutkittavan nimi ja henkilötunnus. (Selvästi kirjoitettuna tai tarra.)

TILAAJAN TIEDOT

Tilaaajan nimi, osoite ja puhelinnumero

Asiakasnumero (HUS:n ulkopuolisille)

Z

Lähettävä lääkäri

Puhelinnumero

Päivämäärä

NÄYTETIEDOT

Näytteenottoaika (päivämäärä, kellonaika)

Tilaaajan näyttenumero

Kiire ☐ Näytteen tutkimisen aikataulusta on sovittava hemostaasi- ja trombosyyttilaboratorion lääkärin kanssa (p. 050 468 3910).
Kiireellisesti voidaan tehdä vain osa tutkimuksista (katso diagnostiikka.hus.fi -> Ohjekirja).

Vastaus pyydetään: ☐ puh☐ fax

TAUSTATIEDOT, KYSYMYKSENASETTELU ja TUTKIMUSPYYNTÖ (tutkimusten lisätiedot: diagnostiikka.hus.fi -> Ohjekirja)

Trombosyytit

Trombosytopenia ☐ akuutti ☐ krooninenNormaali taso _____ 10⁹/l pvm _____Lasku alkanut _____ 10⁹/l pvm _____Alhaisin arvo _____ 10⁹/l pvm _____Arvo nyt _____ 10⁹/l pvm _____

Vuoto-oireet

☐ ei vuoto-oireita ☐ petekkioita ☐ mustelmia ☐ limakalvovuotoja☐ muuta? _____

Vastasyntyneen immuunitrombosytopeniatutkimus (NAIT)

Katso seuraava sivu

Autoimmuunitrombosytopenia

☐ KL 3487 B -TromAbO Trombosyytit, autovasta-aineet (kval)

Trombosytopenian arvioidut syyt

☐ ITP ☐ akuutti infektio ☐ äskettäinen rokutus
☐ solunsalpaajahoito ☐ suuri perna
☐ muu, mikä
☐ autoimmuunisairaus, mikä

Trombosyyttien siirtovasteeseen liittyvä HPA-vasta-ainetutkimus

☐ KL 2796 B -TAb-Ty Trombosyyttivasta-aineet, tyypitys

- 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 samasta näytteestä B-Trombosyyttien alloantigeenityypitys, DNA-tutkimus (KL 4277), joka laskutetaan erikseen.
- Tulokset välitetään SPR Veripalveluun erikoisverivalmistetoimituksia varten.

Onko HLA vasta-aineet tutkittu? ☐ kyllä ☐ ei

Trombosyyttien siirtovasteet

Trombosyyttien siirtoja _____ alkaen, pvm _____
viimeksi, pvm _____

Siirtovaste _____ trombosyyttivalmisteele _____ (pvm):

Trombosyyttitaso ennen siirtoa _____ x10⁹/l1 h kuluttua _____ x10⁹/l seuraavana aamuna _____ x10⁹/l

Onko saanut ☐ immunoglobuliinihoitoa
☐ kortisonihoitoa
☐ muuta hoitoa, mitä _____

Hepariinitrombosytopenia

☐ KL 4399 B -HeparTP Hepariinitrombosytopeniatutkimus
☐ KL 6234 S -HepFu Hepariinitrombosytopeniatutkimus, funktionaalinen
☐ Jos epäilyä epätypillinen HIT, pyydetään ottamaan yhteyttä laboratorioon

Hepariinivalmiste _____

Aloituspvm _____

Lopetuspvm _____ ☐ Jatkuu edelleenUusi tromboosi hepariinihoidon aikana ☐ kyllä ☐ eiHepariinia aiemmin ☐ 100 vrk sisällä ☐ ei tietoa
☐ yli 100 vrk aiemmin ☐ ei hoitoa

Muu syy trombositopeniaan?

Trombosyyttien erikoistutkimukset

☐ 20644 B -P2Y12 P2Y12-reseptorieston seuranta
(Katso tutkimuspäivät ja lähetysohjeet ohjekirjasta.)

☐ 22160 P -TrLTA Trombosyyttien aggregaatio, LTA menetelmällä
(Ei tutkita lähetetystä näytteestä. Tutkimuksesta sovittava hemostaasi- ja trombosyyttilaboratorion lääkärin kanssa. Katso Ohjekirja.)

KYSYMYKSENASETTELU

(trombosytopeniaa suvussa, trombosyyttien koko, luuydinlöydös, trombosyytteihin vaikuttava lääkitys ym.)

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); tehdään tarvittaessa äidin näytteestä.

Näyte ja tutkimuspyyntö tarvitaan lapsesta, äidistä ja isästä. Katso tarkemmin Ohjekirja. 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.

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 _____ x10⁹/l

☐ asphyksia ☐ mekonium aspiraatio ☐ infektio ☐ muu sairaus _____

Vuoto-oireet ☐ ei vuoto-oireita ☐ petekkioita ☐ mustelmia ☐ sisäelinvuoto ☐ aivoverenvuoto

Trombosyyttitaso < 1 vrk iässä _____ x10⁹/l pienin arvo _____ x10⁹/l, pvm _____ korjaantui _____ x10⁹/l, pvm _____

Vasta-syntyneen hoito

☐ IVIG, pvm _____ ☐ trombosyyttien siirtoja, pvm _____ perusvalmisteita (lkm) _____ HPA-tyypitettyjä valmisteita (lkm) _____

tromb. ennen siirtoa _____ x10⁹/l tromb. siirron jälkeen _____ x10⁹/l

☐ Muu hoito _____

Trombosytopenian hoito sikiöaikana

☐ ei hoitoa ☐ äidin IVIG _____ kertaa _____ alkaen (pvm) Napasuonipunktio, pvm _____ trombosyytit _____ x10⁹/l

KYSYMYKSENASETTELU**LÄHETTÄVÄ LÄÄKÄRI**

Päivämäärä

Allekirjoitus ja nimen selvennys

Puhelinnumero