

5 Neurologische Erkrankungen, Liquoranalysen

- S ☐ Ferritin
- S ☐ löslicher Transferrin-Rezeptor
- S ☐ Transferrin-Sättigung
- S ☐ Coeruloplasmin
- S ☐ Kupfer



Neurologische Erkrankungen, Liquoranalysen

Infektiöse ZNS Erkrankungen / Liquor-Serumdiagnostik

Infektionsdiagnostik	Antikörper (S)			Antikörper (L)		PCR	
	IgG	IgM		IgG	IgM	Blut	CSF
CMV	☐	☐	EBNA ^o ☐	☐		☐	☐
EBV-VCA	☐	☐		☐		☐	☐
FSME	☐	☐		☐	☐	☐	☐
HSV1/2	☐	☐		☐	☐		
HSV1						☐	☐
HSV2	☐					☐	☐
JC-Virus ²							☐
Enteroviren							☐
MRZ-Reaktion			☐ ³				
Masern	☐	☐		☐		☐	☐
Röteln	☐	☐	IgA ☐	☐			
Varizella zoster	☐	☐		☐	☐	☐	☐
HIV1/2-Suchtest	☐						
HIV1/2-Bestätigungstest	☐						
HIV1 PCR					☐		
HIV2 PCR					☐		
Borrelia burgdorferi	☐	☐		☐			☐
Hämophilus influenzae							☐
Leptospira interrogans	☐	☐				☐	☐
Listeria monocytogenes	☐					☐	☐
Neisseria meningitidis							☐
Streptococcus pneumoniae							☐
Treponema pallidum							☐
Luessuchreaktion (LSR)	☐			☐			
FTA-abs	☐	☐		☐	☐		
Treponema Westernblot	☐	☐					
VDRL		☐			☐		
Toxoplasma gondii	☐	☐		☐			
Rickettsien	☐ ⁴	☐ ⁴				☐ ⁵	☐ ⁵
Cryptococcus neoformans							☐
Eubakterien							☐
M. tuberculosis PCR							☐
ubiquitäre Mykobakt. PCR							☐

Mat Mykobakterien - immunologische Verfahren

HB ☐ TB-EliSpot (nicht älter als 24h)

4 Quanti Rō. ☐ QuantiFERON-TB Gold PlusTest

Mat Liquor-Bakteriologie

CSF ☐ Liquor-Mikroskopie und Kultur, allg. bakteriologisch

CSF ☐ Liquor-Diagnostik auf Mykobakterien (Kultur und Mikroskopie, tuberkulöse und nicht-tuberkulöse Mykobakterien)

☐ Erstdiagnostik bei Verdacht auf infektiöse Meningitis / Enzephalitis

^o empfohlene Diagnostik abhängig von der klinischen Fragestellung

¹ Es wird eine vom Patienten unterschriebene Einwilligungserklärung benötigt.

² Serologie bitte direkt an die Uniklinik Düsseldorf oder Biogen (www.stratifyjcv.com) senden.

³ benötigt werden Serum und Liquor

⁴ Rickettsia conorii/rickettsii

⁵ Rickettsia conorii/rickettsii/prowazekii/typhi

Für die Berechnung der Antikörperspezifitätsindices bitte unbedingt eine zeitgleich abgenommene Serumprobe mit einsenden.

Mat Immunphänotypisierungen

Durchflusszytometrie

EB ☐ B-,T-,Th/Ts-,NK-Zellendifferenzierung

EB ☐ Leukozytenimmunphänotypisierung

Bitte ankreuzen:

☐ EDTA-Blut / Heparin-Blut

☐ Liquor

Verdachtsdiagnose:

☐ B-NHL

☐ T-NHL

☐ ALL

☐ AML

☐ sonstige

Mat Medikamentenspiegel

S ☐ Lamotrigin

S ☐ Lithium

S ☐ Diphenylhydantoin (Phenytoin)

S ☐ Diphenylhydantoin-frei (Phenytoin)

S ☐ Valproinsäure

Einwilligungserklärung für genetische Untersuchungen nach §§ 8 und 9 Gendiagnostikgesetz

☐ ja ☐ nein Ich wurde von meinem behandelnden Arzt über Bedeutung und Tragweite der in Frage stehenden Diagnostik insbesondere über Zweck, Art,

Umfang, Aussagekraft und Konsequenzen der Untersuchung aufgeklärt.

☐ ja Ich stimme der erforderlichen Entnahme von Untersuchungsmaterial zu.

☐ ja ☐ nein Ich bin einverstanden, dass verbleibendes Probenmaterial für eine spätere Nachprüfbarkeit der Ergebnisse, Nachforderungen durch meinen Arzt und wissenschaftliche Zwecke (z. B. Methodenentwicklungen) bis auf Widerruf aufbewahrt werden kann.

☐ ja ☐ nein Der Untersuchungsauftrag kann an ein spezialisiertes medizinisches Kooperationslabor weitergeleitet werden.

☐ ja ☐ nein Mit der Aufbewahrung der Untersuchungsergebnisse und Befundberichte über die gesetzlich vorgeschriebene Frist von 10 Jahren hinaus bin ich einverstanden.

Ort, Datum _____

Unterschrift (Patient / Erziehungsberechtigter) _____



0001 1298 00