

BEGLEITSCH EIN

zur Untersuchung auf Quantiferon TB-Gold Plus

Einsender:

Eingangsdatum und Protokollnummer AGES:

Übersandtes Material:

Heparinblut QFT-Röhrchen

Entnahmedatum: _____

Patient/innen-Daten sind wichtig für die Interpretation der Ergebnisse!

Familien-/Nachname(n) und Vorname(n) des/r Patienten/in		Geburtsdatum	Geschlecht <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w
SV-Nr./Krankenkasse (bei Verrechnung mit Krankenkasse bitte Überweisungsschein beilegen)		Schwangerschaft? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Beruf	Herkunftsland: Seit wann in Österreich?:		
Mit meiner Unterschrift stimme ich der Übermittlung des Prüfberichtes an die Spitalsambulanz zu.			

Anamnestiche Daten

Hauttest-Ergebnis (Mendel-Mantoux): positiv negativ nicht durchgeführt

TBC-Kontakt? Familie Schule Beruf nein
 Ausland andere

Akute Erkrankungen?

Chronische Erkrankungen?

- | | |
|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Tuberkulose | <input type="checkbox"/> Organtransplantationen |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis C | <input type="checkbox"/> HIV |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis B | <input type="checkbox"/> Rheuma |
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Autoimmunerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Allergien | |

Medikamente?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Chemotherapie | <input type="checkbox"/> Cortison/Immunsuppressiva |
| <input type="checkbox"/> Interferon | <input type="checkbox"/> Tuberkulostatika |
| <input type="checkbox"/> sonstige: | _____ |

Datum, Stempel und Unterschrift anfordernde/r Arzt/Ärztin: _____

Angaben zur Präanalytik

Eingangsdatum: _____ Probe wurde inkubiert: ja nein
Name: _____ Paraphe: _____ Probe wurde zentrifugiert: ja nein

Erstellt J. Ressler; fachlich geprüft A. Indra; QM-geprüft St. Baumgartner; freigegeben A. Indra; Vorlage: 666_6