

Untersuchungsauftrag HIV/STI-Sprechstunde

Formular bitte für jede Probe vollständig und deutlich ausfüllen

Seite 1 / 2

Einsender Einsender LGA <input type="checkbox"/> Name: Straße: PLZ/Ort: Telefon/Fax:	Wird vom LGA ausgefüllt
Entnahmedatum Bitte unbedingt angeben!	Eingang/Hz.
Untersuchungsmaterial <input type="checkbox"/> Serum <input type="checkbox"/> EDTA-Plasma <input type="checkbox"/>	Unters.- Umfang
Patientendaten Identifikations-Nr.: Geburtsdatum: männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> AG <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> HBS <input type="checkbox"/> ANTIC <input type="checkbox"/> ANTICM <input type="checkbox"/> ANTIE <input type="checkbox"/> HBE <input type="checkbox"/> ANTIS <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> HCV-IB <input type="checkbox"/> HCV-PCR <input type="checkbox"/> HIV1/2 <input type="checkbox"/> HIV-IB1/2 <input type="checkbox"/> HIV1-PCR <input type="checkbox"/> TP <input type="checkbox"/> TPHA <input type="checkbox"/> VDRLG <input type="checkbox"/> VDRLM <input type="checkbox"/> RPR
Vorbefund-Nummer	Klinische Symptome / Untersuchungsanlass Symptombeginn am :
Untersuchung auf <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> Bei Vorliegen einer HIV-Infektion ist eine weitere Untersuchung auf Lues, HBV, HCV gewünscht. <input type="checkbox"/> LUES <input type="checkbox"/> Hepatitis B <input type="checkbox"/> Titer nach HBV-Impfung <input type="checkbox"/> Sonstiges	
<input type="checkbox"/> AHT1 <input type="checkbox"/> AHT2 <input type="checkbox"/> AHT3	
Zusatzinformationen <input type="checkbox"/> MSM <input type="checkbox"/> w/m/d Sexarbeiter_in <input type="checkbox"/> heterosexuelle Kontakte <input type="checkbox"/> sexuelle Kontakte zu w/m/d Sexarbeitenden <input type="checkbox"/> intravenöse Drogenabhängigkeit <input type="checkbox"/> Präexpositionsprophylaxe PrEP	

Hinweise zu Probenahme und Versand siehe Rückseite.

Datum: Auftraggeber: Unterschrift:
(Stempel oder Druckschrift)

Hinweise zu Probenahme und Versand

HIV/STI-Sprechstunde

Untersuchungsauftrag

Dem Untersuchungsgut ist ein schriftlicher, vom Gesundheitsamt unterschriebener **Untersuchungsauftrag** beizufügen. Dieser kann anonymisiert werden und muss Geburtsmonat und Geburtsjahr enthalten und leserlich ausgefüllt sein. Das **Probenahmedatum** ist unbedingt anzugeben, da sonst bei einem negativen Ergebnis eine Beurteilung der Probe nur unter Vorbehalt erfolgen kann.

Probenart und Probenmenge

Die Probe wird intravenös und steril unter Verwendung von Gel-Monovetten (5ml) durch fachkundiges Personal entnommen. Nach Ablauf des Gerinnungsvorgangs bei Raumtemperatur (Monovetten stehend) erfolgt die Serumgewinnung durch eine Zentrifugation von 10 Minuten bei 2500g.

Probengefäß

Das **Probengefäß** (Primärgefäß) muss steril und gut verschließbar sein. Für alle infektionsserologischen Untersuchungen sollte eine **Serum-Gel-Monovette** verwendet werden, insbesondere wenn der Transport auf dem Postweg erfolgt.

Das **Probengefäß** (Primärgefäß) muss so eindeutig beschriftet sein, dass der Einsender und die Identität des Klienten/Patienten jederzeit erkennbar ist.

Transport des Untersuchungsgutes

Ein Postversand bei Raumtemperatur ist innerhalb von zwei Tagen möglich.

Für die **Transportbeförderung** gelten die Bestimmungen der Deutschen Bundespost zur Beförderung ansteckungsgefährlicher Stoffe.

Das Untersuchungsmaterial gehört als diagnostische Probe zur Kategorie B mit der UN-Nr. 3373. Für die Verpackung gilt das dreifach Prinzip: Primärgefäß, Sekundärverpackung mit Saugmaterial, Außenverpackung (Sekundär- oder Außenverpackung muss starr sein) und kann mit P650 versandt werden.

Die Proben und die Untersuchungsaufträge werden beim Eingang im Labor auf ihren Zustand überprüft. Zeigen sich bei dieser Überprüfung Abweichungen (z.B. hämolytisches Serum), kann die Probe zurückgewiesen werden oder der Befund erfolgt unter Vorbehalt.

<i>kostenpflichtig</i>	Untersuchungsumfang	Indikation	Kosten
AHT1	Anti-HBS HCV-EIA LUES-TP-Screeningtest	<i>Wenn Klient gegen Hepatitis B geimpft</i>	30 €
AHT2	HBs-Antigen, Anti-HBc HCV-EIA LUES-TP-Screeningtest	<i>Ausschluss einer Hepatitis B</i>	38 €
AHT3	HBs-Antigen Anti-HBc	<i>Nachforderungspaket, wenn ursprünglich AHT1 angefordert wurde, jedoch anti-HBs negativ war. Ausschluss einer Hepatitis B.</i>	15 €