

Institut für Transfusionsmedizin und Immunhämatologie mit Blutbank

Begleitschein bei Anforderung einer HIT-Diagnostik

Name, Vorname:		<u>zwecks Rücksprache</u>	
Geburtsdatum:		behandelnder Arzt:	
Klinik/ Station:		Tel./ Funk:	

(ggf. Patientenetikett)

Untersuchungsmaterial: 10 ml Nativblut

Labor-Nr.: _____

Klinische Angaben

Grunderkrankung: _____

Medikamente (v.a. Antibiotika): _____

Chemotherapie: ja, zuletzt _____ nein

Hat der Patient eine Sepsis? ja nein

HIT in der Anamnese: ja, vor _____ Monaten/ Jahren nein

Seit wann erhält der Patient Heparin? _____

UFH NMH Dosierung: _____ s.c. i.v.

Thrombozytenzahl zu Beginn der Therapie: _____ Gpt/l

Thrombozytenzahl aktuell: _____ Gpt/l

Erhält der Patient Orgaran® Argatra® Arixtra®? ja, seit _____ nein

Bitte bestimmen Sie den HIT-Wahrscheinlichkeits-Score anhand folgender Kriterien:

der HIT-Verdacht basiert auf folgenden Kriterien	Score	2	1	0
Thrombozytopenie		niedrigster Wert ≥ 20 Gpt/l und $>50\%$ Abfall	niedrigster Wert 10-19 Gpt/l oder 30-50% Abfall	niedrigster Wert <10 Gpt/l oder $<30\%$ Abfall
Tag des Auftretens des Thrombozytenabfalls		Tag 5-10 oder ≤ 1 bei früherer Heparintherapie (innerhalb der letzten 30 Tage)	unbekannt, aber könnte zur HIT passen bzw. $>$ Tag 10 bzw. \leq Tag 1 bei früherer Heparintherapie (innerhalb der letzten 30 bis 90 Tage)	Tag <4 (keine frühere Heparintherapie)
Thrombosen oder andere Komplikationen		gesicherte neue Thrombose, Hautnekrosen, anaphylaktische Reaktion (anaph. Reaktion nach Heparinbolus)	fortschreitende oder rezidivierende Thrombose, Verdacht auf Thrombose (noch nicht bestätigt) oder nicht nekrotisierende Hautläsionen	keine Komplikationen
andere Gründe für Thrombozytenabfall		keine	denkbar	definitiv
Wahrscheinlichkeits-Score				

Der Score hat einen hohen negativen prädiktiven Wert, d. h. Patienten mit niedrigem Score (0-3 Punkte) haben eine Wahrscheinlichkeit für das Vorhandensein signifikanter HIT-Antikörper von $<2\%$.

zusätzliche klinische u./o. laborchem. Informationen: (z.B. Gerinnung, PLT aus Citratblut):

Datum:

Unterschrift und Stempel anfordernde(r) Arzt/ Ärztin