

| LÄHETYSTIEDOT | |
|--|--------------------------------|
| Lähetävä sairaala ja osasto | Eriävä laskutusosoite |
| Osoite | Eriävä vastausosoite |
| Vastausta pyydetään puh: _____ faksi: _____ | Yhteyshenkilö ja puhelinnumero |

| TUTKITTAVAN TIEDOT | | |
|--------------------|-----------------------|------------------------|
| Sukunimi | Henkilötunnus | Diagnoosi |
| Etunimi | Asiakkaan näytenumero | Näytteenottopäivämäärä |

| VUOTO-OIREET, LÖYDÖKSET JA KYSYMYKSENASETTELU | |
|--|--|
| Trombosyytit Trombosytopenia <input type="checkbox"/> akuutti <input type="checkbox"/> krooninen Normaali taso _____ 10 ⁹ /l pvm _____ Lasku alkanut _____ 10 ⁹ /l pvm _____ Alhaisin arvo _____ 10 ⁹ /l pvm _____ Arvo nyt _____ 10 ⁹ /l pvm _____ Vuoto-oireet <input type="checkbox"/> petekkiat <input type="checkbox"/> mustelmat <input type="checkbox"/> limakalvovuodot <input type="checkbox"/> muu, mikä _____ <input type="checkbox"/> ei vuoto-oireita | Kysymyksenasettelu (arvioidut trombosytopenian syyt; trombosytopeniaa suvussa, trombosyyttinen koko, luuydinlöydös, trombosyytteihin vaikuttava lääkitys ym.) |

| TUTKIMUSPYYNTÖ (Katso tutkimusten lisätiedot Fimlabin tutkimusohjekirjasta) | |
|--|--|
| Kiire <input type="checkbox"/> Näytteen tutkimisesta on sovittava Fimlabin lääkärin kanssa (p. 044 472 8393). Kiireellisenä voidaan tehdä vain osa tutkimuksista (katso Tutkimusohjekirja www.fimlab.fi). | |
| Vastasyntyneiden alloimmunitrombosytopenia (NAIT) Katso lähetteen toinen sivu: Sikiön ja vastasyntyneen alloimmunitrombosytopenia (NAIT) | Hepariinitrombosytopenia <input type="checkbox"/> KL 4399 B -Hepariinitrombosytopenia Jos seulontatulokset (HPIA) on positiivinen, tehdään näytteestä funktionaalinen varmistustesti (HIPA, KL 6234), joka laskutetaan erikseen. Hepariinivalmiste _____ Aloituspvm _____ Lopetuspvm _____ <input type="checkbox"/> Jatkuu edelleen Uusi tromboosi hoidon aikana <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei Hepariinia aiemmin <input type="checkbox"/> ei tietoa <input type="checkbox"/> ei hoitoa <input type="checkbox"/> 100 vrk sisällä <input type="checkbox"/> yli 100 vrk aiemmin |
| Autoimmunitrombosytopenia <input type="checkbox"/> KL 3487 B -Trombosyytit, autovasta-aineet (kval) Trombosytopenian arvioidut syyt <input type="checkbox"/> ITP <input type="checkbox"/> akuutti infektio <input type="checkbox"/> äskettäinen rokotus <input type="checkbox"/> solunsalpaajahoido <input type="checkbox"/> suuri perna <input type="checkbox"/> muu _____ <input type="checkbox"/> autoimmuunisairaus, mikä _____ | Trombosyyttien siirtovasteet Trombosyyttien siirtoja lähtien pvm _____ viimeksi pvm _____ Siirtovaste _____ valmisteelle: tromb. ennen siirtoa _____ 10 ⁹ /l 1h jälkeen _____ 10 ⁹ /l, seur. aamuna _____ 10 ⁹ /l <input type="checkbox"/> immunoglobuliinihoito <input type="checkbox"/> kortisonihoito <input type="checkbox"/> muu |
| HPA-vasta-ainetutkimus liittyen trombosyyttien siirtovasteeseen <input type="checkbox"/> KL 2796 B -Trombosyyttivasta-aineet, tyyppitys Tutkimus on tarkoitettu tehtäväksi vain, jos HLA-vasta-aineet eivät selitä trombosyyttien huonoa siirtovastetta tai jos siirtovaste on huono HLA-tyypitettyillä trombosyyteillä. Tutkimus sisältää trombosyyttien auto- ja HPA-vasta-ainetutkimukset. Jos näytteessä todetaan HPA-vasta-aineita, jatkotutkimuksena tehdään B-Trombosyyttien alloantigeenityypitys, DNA-tutkimus (KL 4277), joka laskutetaan erikseen. Tulokset välitetään SPR Veripalveluun erikoisverivalmisteiden toimitusten mahdollistamiseksi. Tarvittaessa Veripalvelusta toimitetaan tutkittavaa varten erikoisverikortti. Onko HLA vasta-aineet tutkittu? <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei | Trombosyyttien erikoistutkimukset <input type="checkbox"/> KL 4432 T -Membraaniglykoproteiinit*) <input type="checkbox"/> KL 3125 B -Trombosyytit, funktiotutkimus*) * ei tutkita lähetetystä näytteestä <input type="checkbox"/> 5178 B -P2Y12 -reseptorieston seuranta **) **) Sitraattiveri, lähetys huoneenlämpöisenä. Näyte tutkittava 72 tunnin kuluessa näytteenotosta. |
| hoitava lääkäri _____ puh. _____ pvm. _____ | puh. _____ pvm. _____ |

Sikiön ja vastasyntyneen alloimmunitrombosytopenia (NAIT)

Sikiön ja vastasyntyneen alloimmunitrombosytopenia –tutkimus sisältää seuraavat tutkimukset:

- KL 4268 B -Immuunitrombosytopeniatutkimus, vastasyntyneen, seulonta (HPA-genotyypitys)
 B -Immuunitrombosytopeniatutkimus, vastasyntyneen, jatkotutkimu (HPA-vasta-ainetutkimukset)
Jatkotutkimukset tehdään laboratorion asiantuntijan harkinnan mukaan seulontatutkimusten tulosten ja kliinisen tilanteen perusteella.

Tutkimuspaketti on jaettu kahteen osaan, jotka laskutetaan erikseen. Jos seulontatutkimuksessa todetaan HPA-epäsopivuus äidin ja lapsen tai vanhempien välillä, määritetään jatkotutkimuksen vasta-aineet kyseisen epäsopivuuden suhteen. Tiedot tuloksista välitetään SPR Veripalveluun konsultaation ja erikoisverivalmisteiden toimitusten mahdollistamiseksi. Veripalvelusta lähetetään tarvittaessa äitiä varten erikoisverikortti.

VANHEMPIEN TIEDOT

| | |
|------|---------------|
| Äiti | Henkilötunnus |
| Isä | Henkilötunnus |

AIEMMAT RASKAUDET JA KESKENMENOT

| Vuosi | Raskaus/synnytyskomplikaatiot | lapsen tromb | NAIT | | |
|-------|-------------------------------|--|--------------------------------|-----------------------------|--------------------------------------|
| | | pienin arvo _____ x10 ⁹ /l, ikä _____ | <input type="checkbox"/> kyllä | <input type="checkbox"/> ei | <input type="checkbox"/> ei tutkittu |
| | | pienin arvo _____ x10 ⁹ /l, ikä _____ | <input type="checkbox"/> kyllä | <input type="checkbox"/> ei | <input type="checkbox"/> ei tutkittu |
| | | pienin arvo _____ x10 ⁹ /l, ikä _____ | <input type="checkbox"/> kyllä | <input type="checkbox"/> ei | <input type="checkbox"/> ei tutkittu |

LAPSI, JOLLA EPÄILLÄÄN ALLOIMMUUNITROMBOSYTOPENIAA

| | |
|---|---------------|
| Nimi | Henkilötunnus |
| Paino g _____ apg. 1/5 min _____ napa-arteria: pH _____ trombosyytit syntyessä 10 ⁹ /l _____ | |
| <input type="checkbox"/> asfyksia <input type="checkbox"/> mekonium aspiraatio <input type="checkbox"/> infektiio <input type="checkbox"/> muu sairaus | |
| Vuoto-oireet <input type="checkbox"/> petekkiat <input type="checkbox"/> mustelmat <input type="checkbox"/> aivoverenvuoto <input type="checkbox"/> sisäelinvuoto <input type="checkbox"/> ei | |
| Trombosyytit <1 vrk iässä 10 ⁹ /l _____ pienin arvo 10 ⁹ /l _____ pvm _____ korjaantui 10 ⁹ /l _____ pvm _____ | |
| Vasta-syntyneen hoito <input type="checkbox"/> IVIG/pvm _____ tromb. siirto pvm _____ perustrombosyyttivalmiste lkm _____ HPA-tyypitetty trombosyyttivalmiste lkm _____ tromb. ennen siirtoa 10 ⁹ /l _____ tromb. siirron jälkeen 10 ⁹ /l _____ <input type="checkbox"/> muu hoito | |
| Trombosytopenian hoito sikiöaikana <input type="checkbox"/> NSP/pvm _____ trombosyytit 10 ⁹ /l _____ <input type="checkbox"/> ei hoitoa <input type="checkbox"/> äidin IVIG _____ kertaa alkaen _____ (pvm) _____ | |

Kysymyksenasettelu

| |
|--|
| |
|--|

pvm _____ Hoitava lääkäri _____ puh. _____