

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 KYSYMYKSENASETELU	
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"/> infektio <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. _____