



Labornummer	Auskunft 056 486 26 46 intern 2646 Fax 056 486 26 79 Laborleitung 2640	Fall-Nr. 8 4 2 1 8 4 2 1 8 4 2 1 8 4 2 1 8 4 2 1 8 4 2 1 8 4 2 1 8 4 2 1	
	Auftraggeber		
	Zusätzlicher Auftraggeber		Datum/Zeit der Probenentnahme
	01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 GYN	Tag 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 20 30	Monat J F M A M J J A S O N D
		Stunde 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 20	Mínute 10 20 30 40 50

NOTFALL		<input type="checkbox"/> Dialyse Patient	<input type="checkbox"/> Nachverordnung	<input type="checkbox"/> kapillär * ZiNr. _____
Alle fett-rot markierten Analysen werden 7d/24h notfallmässig bearbeitet und befundet. Alle anderen Analysen gehen in die Routineanalytik. Die Bearbeitungszeit variiert je nach Analyt und Arbeitsplatz.		<input type="checkbox"/> nach Chemotherapie	<input type="checkbox"/> Kopie an Auftraggeber	<input type="checkbox"/> Blutentnahme aus Leitung
		<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Weitere Kopie an:	<input type="checkbox"/> Befund an Auftraggeber
		<input type="checkbox"/> Leukämie		<input type="checkbox"/> Studie Nr.
<input type="checkbox"/> Eintritts- / Notfallstatus (Na, K, Ca, Glukose, Krea, Albumin, ASAT, CRP, Blutst, Quick)			Vac. grün, blau und violett	Visum Pflegefachperson zu BE:
<input type="checkbox"/> Abdomen-Block (Blutst, Quick, Bili, ALAT, Alk. Phos. gGT, Amyl)			Vac. grün, blau und violett	
<input type="checkbox"/> Dialyse-Block (Blutst, Calcium, Phosphat, Krea, Harnstoff, Alk.Phos.)			Vac. grün und violett	
<input type="checkbox"/> Gestose-Block (Na, K, Glu, Krea, ASAT, Harns're, Bili, TP, Blutst. Quick, PTT, Fibrino., CRP)			Vac. grün, blau und violett	Dat.: Zeit:.....

CHEMIE Vac. grün (Li-Heparin)	CHEMIE Vac. orange (Serum)	GERINNING Vac. blau (Citrat)	URIN qualitativ Urin-Monovette 10 ml	IMMUNHÄMATOLOGIE Vac. rot (Nativ) + Vac. violett (EDTA)
<input type="checkbox"/> Natrium / Kalium	<input type="checkbox"/> Eiweiss-Elektrophorese bei Paraprotein -> Immunfixation	<input type="checkbox"/> Heparin i.v.	<input type="checkbox"/> 2. Morgenurin	<input type="checkbox"/> Anamnese wichtig!
<input type="checkbox"/> Magnesium	<input type="checkbox"/> freie Leichtketten κ/λ	<input type="checkbox"/> NM-Heparin s.c.	<input type="checkbox"/> Spontan	<input type="checkbox"/> Schwangerschaft/Geburt?
<input type="checkbox"/> Calcium	<input type="checkbox"/> β-HCG (bei Schwangerschaft)	<input type="checkbox"/> OAK (VitK-Antagonisten)	<input type="checkbox"/> Mittelstrahl	<input type="checkbox"/> Anti-D Prophylaxe (bis 6 Mte)?
<input type="checkbox"/> Chlorid	TUMORMARKER	<input type="checkbox"/> Thrombolyse	<input type="checkbox"/> Katheter	Zeitvorgaben für T&S + Produktebestellung
<input type="checkbox"/> Anorgan. Phosphate	Weitere Untersuchungen für Schwangere siehe Rückseite	<input type="checkbox"/> Quick *	<input type="checkbox"/> Urinbeutel (Pädiatrie)	<input type="checkbox"/> OPS- oder Transfusions-Datum:
<input type="checkbox"/> Osmolalität (berechnet)	<input type="checkbox"/> AFP	<input type="checkbox"/> PTT	<input type="checkbox"/> Urinstatus	<input type="checkbox"/> heute noch (2 - 4 Std.)
<input type="checkbox"/> Glukose	<input type="checkbox"/> β-HCG	<input type="checkbox"/> Thrombinzeit 1 und 2 (Heparin-Monitoring)	<input type="checkbox"/> glom/dysmorphe Erythrozyten	<input type="checkbox"/> sofort (lebensbedrohlich) -> immer mit Absprache Tel. 2649
<input type="checkbox"/> Lactat	<input type="checkbox"/> β2-Mikroglobulin	<input type="checkbox"/> Fibrinogen	<input type="checkbox"/> Schwangerschaftstest	Blutgruppenkarte mitschicken!
<input type="checkbox"/> Harnstoff	<input type="checkbox"/> CA 125	<input type="checkbox"/> D-Dimer, qn	<input type="checkbox"/> Drogen-Screen (Amph, Barb, Benz, Coc, Methad, Op, Tza, THC) Weitere tox. Untersuchungen nach Absprache mit Labor, Tel. 2646; zus. Asservieren: 1xUrin, je 1 Vac. orange & hellgrün	Zuständiger Arzt (Unterschr./Tel.)
<input type="checkbox"/> Kreatinin	<input type="checkbox"/> CA 15-3	Spezielle Gerinnungsabklärungen nach Absprache mit Labor Telefon Nr. 2655 pro Analyse ein Vac blau (Citrat)	URIN quantitativ Urin-Monovette 10 ml	<input type="checkbox"/> Produkt bestrahlt tel. Absprache! bestrahlte Produkte 24 h vorher anmelden
<input type="checkbox"/> Harnsäure	<input type="checkbox"/> CA 19-9	<input type="checkbox"/> TAT venöse Blutentnahme: einfach <input type="checkbox"/> erschwert	Sammelzeit 6h <input type="checkbox"/> 12h <input type="checkbox"/> 24h <input type="checkbox"/>	Ec-Konzentrate EK
<input type="checkbox"/> Bilirubin	<input type="checkbox"/> CEA	<input type="checkbox"/> HIT-Antikörper	Sammelvolumen ml 1000 2000 3000 4000 5000 100 200 300 400 500 10 20 30 40 50	Anzahl:
<input type="checkbox"/> Bilirubin direkt	<input type="checkbox"/> PSA	<input type="checkbox"/> Fragmin® / 4h pd		<input type="checkbox"/> Eigenblut im Labor
<input type="checkbox"/> Triglyzeride	<input type="checkbox"/> Chromogranin A	<input type="checkbox"/> Arixtra® / 3h pd		<input type="checkbox"/> Frisch gefrorenes Plasma (tel. Abspr.)
<input type="checkbox"/> Cholesterin gesamt	<input type="checkbox"/> Troponin T	<input type="checkbox"/> Xarelto® / Tal od. 2-4h pd		Anzahl:
<input type="checkbox"/> HDL-Cholesterin	<input type="checkbox"/> Alkohol	<input type="checkbox"/> PFA 100 / Plättchen-Funktionsscreen		<input type="checkbox"/> Thrombozyten (tel. Absprache)
<input type="checkbox"/> LDL-Cholesterin	<input type="checkbox"/> CDT	<input type="checkbox"/> Plavix®-Resistenz		Anzahl:
<input type="checkbox"/> ASAT (GOT)	Pro Analyse 1 Vac. violett (EDTA)	<input type="checkbox"/> Plavix®		<input type="checkbox"/> gepoolt
<input type="checkbox"/> ALAT (GPT)	<input type="checkbox"/> Ammoniak (im Eiswasser)	<input type="checkbox"/> Efient®		<input type="checkbox"/> Einzelspende (Apherese)
<input type="checkbox"/> CK	<input type="checkbox"/> ACTH (im Eiswasser)	<input type="checkbox"/> Brilique®		<input type="checkbox"/> Blutgruppenkarte mitschicken!
<input type="checkbox"/> CK-MB	<input type="checkbox"/> Parathormon intakt	(2 Vac. hellblau (Citrat))		<input type="checkbox"/> Type&Screen (BGR, AlloAk, DAT)
<input type="checkbox"/> Alk. Phosphatase	<input type="checkbox"/> Renin (im Eiswasser)	HÄMATOLOGIE Vac. violett (EDTA)		<input type="checkbox"/> Blutgruppe / Rhesus
<input type="checkbox"/> γ-GT	<input type="checkbox"/> Aldosteron	<input type="checkbox"/> Blutstatus * (Lc, Ec, Hb, Hk, Tc, Indices)	<input type="checkbox"/> U-Albumin (Mikroalbumin)	<input type="checkbox"/> Original-BGR-Ausweis gewünscht
<input type="checkbox"/> Pankreas-Amylase	<input type="checkbox"/> Homocystein	<input type="checkbox"/> Neutrophile (unter Chemotherapie)	<input type="checkbox"/> U-Totalprotein	<input type="checkbox"/> Erythrozyten-ALLO-AK
<input type="checkbox"/> Lipase	<input type="checkbox"/> HbA _{1c}	<input type="checkbox"/> Lc-Differenzierung * (BST+Automat.Diff. wenn path Mikr.Diff ohne Ec-Morphologie)	<input type="checkbox"/> U-Immundefixation (1 Tube zusätzlich)	<input type="checkbox"/> Hämolyseabklärung (DAT / Allo-AK)
<input type="checkbox"/> LDH	<input type="checkbox"/> Meta-/Normetanephrin (im Eiswasser)	<input type="checkbox"/> Ec-Morphologie * Retikulozyten (inkl. BST und Lc-Diff.)	<input type="checkbox"/> U-Osmolalität (gemessen)	<input type="checkbox"/> Kälteagglutinine (MO-FR 7-12 Uhr) (Probengewinnung und Transp. bei 37°C)
<input type="checkbox"/> Albumin	BLUTGAS (im Eiswasser)	<input type="checkbox"/> HbF in Erythrozyten	<input type="checkbox"/> U-Natrium / U-Kalium	<input type="checkbox"/> Abklärung nach Transfusionsreaktion
<input type="checkbox"/> CRP	<input type="checkbox"/> Bilirubin (Hep-VB, nur Neo)	Malaria Ausstrich, dicker Tropfen, Antigen-Nachweis	<input type="checkbox"/> U-Calcium	Neugeborene / Säuglinge
<input type="checkbox"/> Pro-Calcitonin (PCT)	<input type="checkbox"/> Blutgas arteriell		<input type="checkbox"/> U-Magnesium	<input type="checkbox"/> Blutgruppe inkl. DAT (nur im EDTA-Blut)
<input type="checkbox"/> Totalprotein	<input type="checkbox"/> Blutgas venös		<input type="checkbox"/> U-Phosphor	<input type="checkbox"/> Immun Anti-A/Anti-B (0-A/B Konstellation) im Nativblut
<input type="checkbox"/> Transferrin } Tranferrin-sättigung	<input type="checkbox"/> Blutgas kapillär		<input type="checkbox"/> U-Kreatinin	
<input type="checkbox"/> Eisen } Tranferrin-sättigung	LIQUOR Nicht mit Rohrpost oder KBF schicken		<input type="checkbox"/> U-Harnstoff	
<input type="checkbox"/> Ferritin	<input type="checkbox"/> Liquorstatus Zellzahl, Protein, Glukose, Lactat		<input type="checkbox"/> U-Harnsäure	
<input type="checkbox"/> s-Transferrin-Rezeptor	<input type="checkbox"/> Borrelia §		<input type="checkbox"/> Kreatinin-Clearance (zusätzlich Kreatinin im Blut)	
<input type="checkbox"/> NT-Pro-BNP	<input type="checkbox"/> Treponema p. (Lues) §		<input type="checkbox"/> Angaben zum Patient	
MEDIKAMENTE	<input type="checkbox"/> Oligoklonale Banden § (inkl. IgG/IgA/IgM L/S-Quotienten)		Gewicht: kg	
<input type="checkbox"/> Tal <input type="checkbox"/> Spitze	<input type="checkbox"/> immer zusätzliche Blutentnahme in Vac. orange		Grösse: cm	
<input type="checkbox"/> Digoxin				
<input type="checkbox"/> Gentamicin				
<input type="checkbox"/> Mycophenolat (CellCept®)				
Laborinterne Angaben				
<input type="checkbox"/> EDTA <input type="checkbox"/> Serum				
<input type="checkbox"/> Citrat <input type="checkbox"/> Li-Heparin				

