



UNIVERSITÄTSKLINIKUM Schleswig-Holstein · Gerinnungszentrum · Campus Kiel · Arnold-Heller-Straße 3 · Haus 17 · 24105 Kiel

Gerinnungszentrum am Campus Kiel
Institut für Klinische Chemie
Prof. Dr. Ulrike Nowak-Göttl
Arnold Heller-Str. 3 (Haus 18 - Zentrallabor)

24105 Kiel

UNIVERSITÄTSKLINIKUM
Schleswig-Holstein

Gerinnungszentrum

Prof. Dr. med. Ulrike Nowak-Göttl

Dr. med. Daniela Manner

Institut für Klinische Chemie

UK-SH/Campus Kiel
Arnold-Heller-Straße 3 · Haus 17 · 24105 Kiel
Tel.: 0431 597-3225 (Sekretariat)
Fax: 0431 597-4053
E-Mail: leagottl@uk-sh.de
Internet: www.zentrallabor-kiel.uk-sh.de

In Kooperation mit dem

Medizinischen Versorgungszentrum Kiel

Im Ambulanzzentrum des UK-SH gGmbH

Fachrichtung Laboratoriumsmedizin

Prof. Dr. med. Ralf Junker

Laboratoriumsmedizin, Bluttransfusionswesen

Dr. med. Ina Sieg

Laboratoriumsmedizin

Hämophilie-Thrombophilie-Studie

Einsenderdaten

Ansprechpartner

Telefon

Telefax

eMail-Adresse

Fax

Abteilung

Krankenhaus

Straße

Postleitzahl + Ort

Bemerkungen

Patientenidentifikation

Zuständiger Arzt

Datum

Unterschrift



Patientendaten

Name _____

Vorname _____

Geburtstag _____

- männlich
- weiblich

- | | |
|---|---------------------------------|
| Blutgruppe | Rhesusfaktor |
| <input type="radio"/> unbekannt | <input type="radio"/> unbekannt |
| <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> negativ |
| <input type="radio"/> A <input type="radio"/> B | <input type="radio"/> positiv |
| <input type="radio"/> AB | |

Ethnische Gruppe _____

Länge (cm) _____

_____/_____
Alter bei Thrombose (Jahre/Monate)

Gewicht (Kg) _____

- | |
|--|
| Angehörige |
| <input type="radio"/> Vater <input type="radio"/> Mutter |
| <input type="radio"/> Schwester/Bruder |
| <input type="radio"/> Großeltern |

Akute Phase _____

Blutdruck (mmHG) _____

3-6 Monate nach Ereignis

<input type="radio"/> Hämophilie A <input type="radio"/> Hämophilie B <input type="radio"/> von Willebrand Syndrom Typ III	Restaktivität:	_____
	Faktor VIII (%)	von Willebrand Faktor Antigen (%)
	Faktor IX (%)	Kollagenbindungs-Aktivität (%)
		Ristocetin Kofaktor (%)

Molekulargenetik: <input type="radio"/> Inversion <input type="radio"/> Intron 22 <input type="radio"/> Deletion <input type="radio"/> große <input type="radio"/> kleine <input type="radio"/> Punktmutation <input type="radio"/> Stopmutation <input type="radio"/> sonstige: _____ <input type="radio"/> nicht durchgeführt	Anlass der Diagnosestellung: <input type="radio"/> positive Familienanamnese <input type="radio"/> Pränataldiagnostik Aufgrund: <input type="radio"/> 1. Symptomatische, behandlungsbedürftige Blutung im Alter von: _____/_____ (Jahre/Monat) Diagnose durch: _____
--	--

1. Symptomatische Blutung/behandlungsbedürftige:	
im Alter von _____/_____ (Jahre/Monat)	<input type="radio"/> unbekannt
Lokalisation der 1. Blutung:	<input type="radio"/> spontan
<input type="radio"/> Gelenk _____	<input type="radio"/> traumatisch
<input type="radio"/> Muskulatur _____	
<input type="radio"/> Schleimhaut _____	Substitution:
<input type="radio"/> Sonstige _____	<input type="radio"/> erforderlich _____ Tage
Transfusion erforderlich:	Einheiten gesamt: _____ E/Kg/Jahr
_____	<input type="radio"/> nicht erforderlich

Therapieform

<input type="radio"/> Dauertherapie / seit: _____ / _____ <small>(Monat / Jahr)</small>	<input type="radio"/> Plasmapräparat: _____ <input type="radio"/> gentechn. Präp.: _____
--	---

<input type="radio"/> prophylaktisch / seit: _____ / _____ <small>(Dosis/Frequenz der Blutung)</small>	<input type="radio"/> Plasmapräparat: _____ <input type="radio"/> gentechn. Präp.: _____
---	---

<input type="radio"/> Bedarfsbehandlung / seit: _____ / _____ <small>(Monat / Jahr)</small>	<input type="radio"/> Plasmapräparat: _____ <input type="radio"/> gentechn. Präp.: _____
--	---

<input type="radio"/> Hemmkörper / seit: _____ / _____ <small>(Monat / Jahr)</small>	<input type="radio"/> max. Bethesda Einheiten _____ / ml
---	---

Akuttherapie:

- FEIBA
- F VIIa

<input type="radio"/> Immuntoleranztherapie ITT / über: _____ <small>(Monate)</small>	<input type="radio"/> Präparat: _____ / ml
--	--

Indikation zur Prophylaxe:

- schwere Hämophilie
- lebensbedrohliche vorangegangene Blutung
- vorausgegangene Blutungen: _____ in _____
(Anzahl) (Monaten)

Vorausgegangene Substitutionen: _____, insgesamt _____ E/Kg
(Tage) (E/Kg)

- Präparatewechsel, Begründung

Anzahl der Blutungen/Jahr: _____

- ohne Prophylaxe
- mit Prophylaxe: _____
(E/Kg) (Woche)

Wie viele Substitutionen gingen voraus: _____
(Substitutionstage)

Blutungen:

- Zielgelenke _____
- lebensbedrohliche Blutungsereignisse (z.B. Hirnblutung)

_____ _____
(Anzahl) (Beschreibung)

Ausgeübte Sportarten: _____

Perioperative Substitution: _____ E/Kg

Operationen unter Substitution:

- orthopädische OP _____
- Orchidopexie/Herniotomie
- Adenotomie/Tonsillektomie
- sonstige: _____

Faktorsubstitution insgesamt Bolusgaben kontinuierliche Gaben

(E/Kg/Operation)

Radiologische Diagnostik

Katheter:

- ja nein
 Broviac Port Hickmann

 einlumig zweilumig dreilumig

Material	Firma
Datum der Implantation	Implantationsstelle
Datum der Explantation	Grund der Explantation

Thrombose:

- ja _____
 Lokalisatin
- nein
 Katheterspitze

 Implantationsstelle

 Apositionelles Wachstum

 Thrombembolisch

' Zeitpunkt der Faktorgabe und Applikationsweise der letzten Gabe:

_____ (kontinuierlich, Stunden/Tage/Wochen/Monate)

_____ (Begleitumstände)

- | | | |
|----------|-------------|-------------------|
| ' Sepsis | ' Infektion | ' Immobilisierung |
| ' Trauma | ' Operation | ' sonstiges: |
- _____

Bisher diagnostizierte Hämostasedefekte:

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="radio"/> unklar
<input type="radio"/> MTHFR TT677
<input type="radio"/> Antithrombinmangel | <input type="radio"/> Faktor V G1691A
<input type="radio"/> Lipoprotein (a)
<input type="radio"/> Hyperhomocystinämie | <input type="radio"/> Prothrombin G20210A
<input type="radio"/> Protein C-
<input type="radio"/> Protein S- |
| <input type="radio"/> Lupus Anticoagulantien | <input type="radio"/> Anticardiolipin Antikörper: _____ | |
| <input type="radio"/> sonstige: _____ | | |