



T-ZELL-DIAGNOSTIK AUF MYKOBAKTERIELLE ANTIGENE (IFN- γ TEST)

PROBAND:INNEN-DATEN / ETIKETT

Name _____

Vorname _____

Geboren am _____

Geschlecht m w d

EINSENDER

Datum Blutentnahme _____

INDIKATION

- Gemeinschaftsunterkunft** (Untersuchung gem. §36(4))
 Umgebungsuntersuchung (Station) _____
Indexfall (Name, Vorname/Geb. Datum) _____
 AVU (allgemeine Vorsorgeuntersuchung)
 Sonstiges _____

BCG-Impfung ja (wenn ja, wann? _____) nein unbekannt

Tuberkulintest vom _____ negativ grenzwertig positiv _____ mm

Bei Kontaktpersonen (Intensität des Kontaktes)

- Über insgesamt mindestens 8 Stunden**
Wenn mikroskopischer Nachweis von Tuberkelbakterien in Sekreten der Atemwege wie Sputum, bronchoalveolärer Lavageflüssigkeit oder im Magensaft des Patienten.
- Über insgesamt 40 Stunden**
Wenn kultureller oder DNA Nachweis in Sekreten der Atemwege
- Bei kürzer dauernden (auch einmalig), aber besonders intensiven Kontakten**
z.B. Atemgymnastik (Physiotherapie), Körperpflege (Pflegepersonal), Sputumprovokation, Bronchioskopie, zahnärztliche oder HNO-ärztliche Untersuchung, Obduktion
- Sonstige Art des Kontaktes _____

Unterschrift des Arztes/der Ärztin _____

Bitte beachten

- Bitte senden Sie uns ein **Li-Heparin Röhrchen (4,7ml)** ein!
- Die Blutprobe muss uns am **Tag der Blutentnahme** erreichen (**Probenannahme freitags und vor Feiertagen nur bis 10 Uhr!**)
- Bei Patienten unter immunsuppressiver Therapie Blutprobe bitte vor Einnahme immunsuppressiver Medikamente entnehmen.