

Klinik für Neurologie 0551/39-68129 (Telefon)
 Nationales Referenzzentrum für TSE 0551/39-68920 (Fax)
 Labor, z.Hd. Frau N. Kunz
 Robert-Koch-Straße 40 epicjd@med.uni-goettingen.de
 37075 Göttingen

wird vom Labor ausgefüllt

A

E

14-3-3:

Probeneingang (Datum/ Uhrzeit):

**ANFORDERUNGSFORMULAR LIQUOR- UND MOLEKULARGENETISCHE
DIAGNOSTIK**

Im Rahmen der Tätigkeit als Nationales Referenzzentrum für Prionerkrankungen erheben wir im Auftrag des Robert Koch-Institutes epidemiologische Daten und unterstützen Sie gern bei der differentialdiagnostischen Einschätzung der Befunde. Dazu sind vollständige klinische Daten und Angabe von Name und Telefonnummer der ärztlichen Ansprechpartner unabdingbar! Dieses Formular ist in jedem Fall zu verwenden.

| 1/8 Einsender (ggf. Stempel) | | Patientenaufkleber |
|------------------------------|--|--------------------|
| behandelnde Ärztin/Arzt | | |
| Klinik | | |
| Station | | |
| Straße, Hausnummer | | |
| PLZ, Ort | | |
| Telefon | | |
| Fax | | |

| 2/8 Klinische Daten | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|------------------|------------------------|-------------|--------------------------|--------------------------|--------|-------------|--------------------------|--------------------------|--------|-------------|--------------------------|--------------------------|------------------|-------------|--------------------------|--------------------------|----------------|-------------|--------------------------|--------------------------|----------|-------------|--------------------------|--------------------------|------------|-------------|--------------------------|--------------------------|----------------|-------------|--------------------------|--------------------------|---------------|------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------|-----------------------|--------------------------|--------------------------|------------|------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------|-----------|--------------------------|--------------------------|-----------------|-----------|--|
| Erkrankungsbeginn: _____ | sonstige klinische Bemerkungen: <div style="border: 1px dashed black; height: 150px; width: 100%;"></div> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="0"> <tr> <td>ja</td> <td>nein</td> <td></td> <td>MMST: _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Demenz</td> <td>seit: _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Ataxie</td> <td>seit: _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>cort. Sehstörung</td> <td>seit: _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>extrapyramidal</td> <td>seit: _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Babinski</td> <td>seit: _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Myoklonien</td> <td>seit: _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>akin. Mutismus</td> <td>seit: _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>psychiatrisch</td> <td>seit: _____ was: _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Dysästhesien</td> <td>seit: _____ wo: _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>sonstiges:</td> <td>seit: _____ was: _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Schlaganfall</td> <td>am: _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>epilept. Anfall</td> <td>am: _____</td> </tr> </table> | ja | nein | | MMST: _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Demenz | seit: _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ataxie | seit: _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | cort. Sehstörung | seit: _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | extrapyramidal | seit: _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Babinski | seit: _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Myoklonien | seit: _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | akin. Mutismus | seit: _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | psychiatrisch | seit: _____ was: _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dysästhesien | seit: _____ wo: _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | sonstiges: | seit: _____ was: _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Schlaganfall | am: _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | epilept. Anfall | am: _____ | |
| ja | nein | | MMST: _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Demenz | seit: _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ataxie | seit: _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | cort. Sehstörung | seit: _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | extrapyramidal | seit: _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Babinski | seit: _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Myoklonien | seit: _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | akin. Mutismus | seit: _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | psychiatrisch | seit: _____ was: _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dysästhesien | seit: _____ wo: _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | sonstiges: | seit: _____ was: _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Schlaganfall | am: _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | epilept. Anfall | am: _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| 3/8 Liquorbefund | |
|--|--|
| LP Datum: <input style="width: 150px;" type="text"/> | oligoklon. Banden (autochton im Liquor): ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |
| | Zellzahl (n/µl): _____ |
| | Q _{Alb} : _____ |

ANFORDERUNGSFORMULAR (Fortsetzung)

PATIENTIN/PATIENT: _____

| | |
|---|------------|
| 4/8 | EEG |
| bitte bei Prion-Verdacht A U S Z Ü G E (2-5 Seiten) beilegen | |

| | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--------------------------------|------------------------------|--|-----------------------------|--|---------|------------------------------|--------------------------------|-----------------------------|-----------|------------------------------|--------------------------------|-----------------------------|
| 5/8 | cMRT | | | | | | | | | | | | | |
| bitte bei Prion-Verdacht C D oder Q R - C o d e beilegen | | | | | | | | | | | | | | |
| <u>Hyperintensitäten:</u> | <table border="0"> <tr> <td>Basalganglien:</td> <td><input type="checkbox"/> DWI</td> <td><input type="checkbox"/> FLAIR</td> <td><input type="checkbox"/> T2</td> <td rowspan="3" style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> keine Hyperintensitäten</td> </tr> <tr> <td>Kortex:</td> <td><input type="checkbox"/> DWI</td> <td><input type="checkbox"/> FLAIR</td> <td><input type="checkbox"/> T2</td> </tr> <tr> <td>Thalamus:</td> <td><input type="checkbox"/> DWI</td> <td><input type="checkbox"/> FLAIR</td> <td><input type="checkbox"/> T2</td> </tr> </table> | Basalganglien: | <input type="checkbox"/> DWI | <input type="checkbox"/> FLAIR | <input type="checkbox"/> T2 | <input type="checkbox"/> keine Hyperintensitäten | Kortex: | <input type="checkbox"/> DWI | <input type="checkbox"/> FLAIR | <input type="checkbox"/> T2 | Thalamus: | <input type="checkbox"/> DWI | <input type="checkbox"/> FLAIR | <input type="checkbox"/> T2 |
| Basalganglien: | <input type="checkbox"/> DWI | <input type="checkbox"/> FLAIR | <input type="checkbox"/> T2 | <input type="checkbox"/> keine Hyperintensitäten | | | | | | | | | | |
| Kortex: | <input type="checkbox"/> DWI | <input type="checkbox"/> FLAIR | <input type="checkbox"/> T2 | | | | | | | | | | | |
| Thalamus: | <input type="checkbox"/> DWI | <input type="checkbox"/> FLAIR | <input type="checkbox"/> T2 | | | | | | | | | | | |

| | |
|------------------------------|--------------------------------------|
| 6/8 | iatrogene Risikofaktoren |
| neurochirurg. OP (was/wann?) | _____ <input type="checkbox"/> keine |
| Augen-OP (was/wann?) | _____ <input type="checkbox"/> keine |
| Wachstumshormone | _____ <input type="checkbox"/> keine |
| neurol. Vorerkrankungen | _____ <input type="checkbox"/> keine |
| psychiatr. Vorerkrankungen | _____ <input type="checkbox"/> keine |

| | | | | | | | | | |
|---|---|--------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------|--------------------------------|---|---|--------------------------------------|--|
| 7/8 | Anforderung Diagnostik | | | | | | | | |
| <u>Liquor:</u> | <input type="checkbox"/> Prion-/CJK-Diagnostik (Proteine 14-3-3 & PrP ^{Sc} -Aggregationsassay) ¹ <input type="checkbox"/> PrP ^{Sc} -Aggregationsassay solo ¹ Screening (14-3-3) positiv → direkte Durchführung des PrP ^{Sc} -Aggregationsassays Screening (14-3-3) negativ → Durchführung des PrP ^{Sc} -Aggregationsassays nur bei <input checked="" type="checkbox"/> PrP ^{Sc} -Aggregationsassay solo! <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Gesamt-Tau</td> <td><input type="checkbox"/> Phospho-Tau</td> <td><input type="checkbox"/> NSE</td> <td><input type="checkbox"/> S100b</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Amyloid-β 1-40</td> <td><input type="checkbox"/> Amyloid-β 1-42</td> <td><input type="checkbox"/> α-Synuclein</td> <td></td> </tr> </table> | <input type="checkbox"/> Gesamt-Tau | <input type="checkbox"/> Phospho-Tau | <input type="checkbox"/> NSE | <input type="checkbox"/> S100b | <input type="checkbox"/> Amyloid-β 1-40 | <input type="checkbox"/> Amyloid-β 1-42 | <input type="checkbox"/> α-Synuclein | |
| <input type="checkbox"/> Gesamt-Tau | <input type="checkbox"/> Phospho-Tau | <input type="checkbox"/> NSE | <input type="checkbox"/> S100b | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Amyloid-β 1-40 | <input type="checkbox"/> Amyloid-β 1-42 | <input type="checkbox"/> α-Synuclein | | | | | | | |
| <u>EDTA Blut:</u> (Genetik) | <input type="checkbox"/> PRNP Codon 129-Genotyp ² <input type="checkbox"/> PRNP-Mutationsanalyse ² <input type="checkbox"/> ApoE-Genotyp ² <input type="checkbox"/> Alzheimer-Genetik ² ² EINWILLIGUNG nach GenDG erforderlich! Sonst ist KEINE Testung möglich! Bei ambulanten Einsendungen Überweisungsschein für Laboruntersuchungen (Ziffer 10) notwendig! | | | | | | | | |

| | | | | |
|--|---|--|---|--------------|
| 8/8 | Versand | | | |
| Analyse nicht sinnvoll bei: | <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="text-align: center;">Liquorprobe blutig (bitte vor Versand abzentrifugieren)</td> <td style="text-align: center;">Pleozytose</td> </tr> </table> | Liquorprobe blutig (bitte vor Versand abzentrifugieren) | Pleozytose | |
| Liquorprobe blutig (bitte vor Versand abzentrifugieren) | Pleozytose | | | |
| Verpackung: | Norm P650 für infektiöse Patientenproben der Kategorie B (UN-Nr.: 3373) Liquor im <u>Probengefäß aus Polypropylen (PP)</u> mit Schraubverschluss | | | |
| Mindestmengen: | <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="text-align: center;">Liquor – 2 ml</td> <td style="text-align: center;">EDTA Blut – 2 x 2,7 ml (A- und B-Probe)</td> <td style="text-align: center;">Serum – 2 ml</td> </tr> </table> | Liquor – 2 ml | EDTA Blut – 2 x 2,7 ml (A- und B-Probe) | Serum – 2 ml |
| Liquor – 2 ml | EDTA Blut – 2 x 2,7 ml (A- und B-Probe) | Serum – 2 ml | | |
| Adresse: | Universitätsmedizin Göttingen Klinik für Neurologie – Prionforschung Labor (N. Kunz) Robert-Koch-Straße 40 37075 Göttingen | | | |
| |  Bitte Anforderungsformular und biologische Proben <u>in einem Paket, jedoch separiert</u> voneinander versenden! | | | |