

Klinik für Neurologie 0551/39-68129 (Telefon)
 Nationales Referenzzentrum für TSE 0551/39-68920 (Fax)
 Labor, z.Hd. Frau M. Knüll
 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: _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Dysästhesien</td> <td>seit: _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>sonstiges:</td> <td>seit: _____</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: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dysästhesien	seit: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	sonstiges:	seit: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schlaganfall	am: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	epilept. Anfall	am: _____	was: _____ wo: _____ was: _____
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: _____																																																		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dysästhesien	seit: _____																																																		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	sonstiges:	seit: _____																																																		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schlaganfall	am: _____																																																		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	epilept. Anfall	am: _____																																																		

3/8 Liquorbefund	
LP Datum: <input 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 exemplarisch 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="vertical-align: middle;"><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 (M. Knull) Robert-Koch-Straße 40 37075 Göttingen			
	 Bitte Anforderungsformular und biologische Proben <u>in einem Paket</u> , jedoch <u>separiert</u> voneinander versenden!			