

Bitte beachten Sie, dass der Probeneingang bis spätestens 15:00 Uhr erfolgen muss!

Bitte Patienten-Etikett aufkleben oder in Blockschrift ausfüllen!

Bitte kreuzen Sie an:**Aufnahmeart:**

- ambulant
 stationär

Abrechnungsart:

- Privat/Selbstzahler
 GKV (Kasse)

Kasse:

Standort Gießen

Medizinische Klinik V
Klinik für Innere Medizin
mit Schwerpunkten
Infektiologie und Krankenhaushygiene

Direktorin

Prof. Dr. med. Susanne Herold, PhD

Sektion Infektiologie

Zentrum für Infektiologie (DGI)

Labor für Immunphänotypisierung

UKGM Standort Gießen

Med. Klinik V, Altbau

Klinikstr. 36, 35392 Gießen

☎ (0641) 985 - 42712

☎ (0641) 985 - 56883

Fax (0641) 985 - 42709

Email: info.infektionslabor@uk-gm.de

Name: _____

Vorname: _____

geb. am: _____

Geschlecht: m w d

Entnahmedatum: _____ Uhrzeit: _____

Eingangsdatum: _____ Uhrzeit: _____

Aufarbeitungsdatum: _____ Uhrzeit: _____

 BIOBANK-Einwilligung
 BAL **Liquor** **Pleura** **sonstige:**
Klinische Diagnose:

- Lungentransplantation (LTX)
 sonstige: _____

Stempel Einsender / Befund an:**Fragestellung:**

Lokalisation: _____ Spülvolumen: _____ ml Recovery: _____ ml

Lungenfunktion: _____ VC: _____ FEV1: _____ pO2: _____

Gesamtzellzahl: _____ x 10⁶ *Norm. Nichtraucher 13x10⁶ Laboreingang: _____ mlZellzahl/ml Recovery: _____ x 10⁴ BAL in Medium: _____ ml**Differentialzytologie (%)***Norm:*

Makrophagen: _____ > 84
Lymphozyten: _____ < 13
Neutrophile Gran: _____ < 2
Eosinophile Gran: _____ < 0,5
Fettfärbung: _____ neg
Hämosiderin-Score: _____ 0 – 20 (> 100 mittel, > 300 schwer)
PAS-Färbung: _____ neg

Lymphozytenmarker (%)*Norm:*

B-Zellen _____ < 4
T-Zellen _____ 63 - 83
T-Helper CD4 _____ 40 - 70
T-Suppr. CD8 _____ 20 - 40
Helper/Suppr. Quotient _____ 1,1 – 3,5
NK-Zellen _____ 2 - 14

Zustand BAL:**Befund:**