



Verdacht auf heparininduzierte Thrombozytopenie

Name, Vorname:		Arzt / Ärztin: _____ Funk-Nr.: _____
Geburtsdatum:		
Klinik / Station:		

Zur Bearbeitung Ihrer Untersuchungsanforderung benötigen wir folgende klinische Angaben:

Thrombosen / Embolien?	
▶ seit wann?	
Nekrosen an Heparin- Injektionsstellen?	
Heparinbehandlung (von – bis)	
Welches Heparinpräparat?	
Dosierung und Applikationsform?	
frühere Heparinbehandlung?	
Umstellung auf alternative Antikoagulation?	
▶ wenn ja, welches Präparat?	

Thrombozytenzahlen:					
<i>vor Therapie</i>	<i>Tag 3</i>	<i>Tag 5</i>	<i>Tag</i>	<i>Tag</i>	<i>Tag</i>

Aktuelle Erkrankung / Operation:	
Erkrankungsbeginn / Op-Datum:	
Grunderkrankungen:	
Extrakorporale Zirkulation, IABP o.ä.?	
Sepsis, SIRS, Fieber, Splenomegalie?	
Zeichen einer Blutgerinnungsstörung z.B. Petechien, (Schleimhaut-) Blutungen?	
Medikamente (außer Heparin)?	
Bluttransfusionen	