

LÄHETYSTIEDOT

Läheittävä sairaala ja osasto		Eriävä laskutusosoite
Yhteyshenkilö ja puhelinnumero	Osoite	Eriävä vastausosoite
Kiire <input type="checkbox"/> (tutkimukset, jotka tehdään kiireellisinä klo 8-16)	Vastausta pyydetään <input type="checkbox"/> puh. _____	
Päivystys <input type="checkbox"/> (tutkimukset, jotka tehdään arkisin klo 16-8, la ja pyhäpäivinä)	<input type="checkbox"/> faksi _____	
Vastaus tarvitaan samana päivänä (Näytteestä ilmoitettava etukäteen, puh. 029 300 1414. Kiire- ja päivystystutkimuksista peritään hinnaston mukaiset lisät.)		

TUTKITTAVAN TIEDOT

Sukunimi	Henkilötunnus	Diagnoosi
Etunimi	Asiakkaan näytenumero	Näytteenottopäivämäärä ja kellonaika

NÄYTTEENOTTOAJANKOHDAN ANTIKOAGULAATIOHOITO

Saako tutkittava nyt tavallista hepariinia?	kyllä <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/>	Lopetuspvm _____	Oikea näytteenotto- ja lähetystapa ovat tärkeitä. Näytteenotto-ohjeet löytyvät veripalvelu.fi > Terveysthuollon ammattilaiset
Saako tutkittava nyt pienimolekyylisiä hepariinia?	<input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei	Lopetuspvm _____	
Saako tutkittava nyt Marevania?	<input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei	Lopetuspvm _____	
Muu ak-hoito, mikä (esim. Arixtra, Pradaxa, Xarelto, Eliquis, Lixiana)?	<input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei	Lopetuspvm _____	

HOITAVA LÄÄKÄRI TÄYTTÄÄ

Vuotaako tutkittava nyt?	<input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei	Onko tutkittavalla nyt tukos?	<input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei
Onko tutkittavalla vuoto-oireita?	<input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei	Onko tutkittavalla tukoshistoriaa?	<input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei
VUOTOTAIPUMUS	tutkittavalla <input type="checkbox"/> suvussa, kenellä <input type="checkbox"/> _____	TUKOSTAIPUMUS	tutkittavalla <input type="checkbox"/> suvussa, kenellä <input type="checkbox"/> _____
Leikkausvuoto/synnytysvuoto	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____	Laskimotukos, spontaanisti	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____
Vuoto hampaanpoiston jälkeen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____	Laskimotukos, toistuvasti	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____
Mustelmataipumus	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____	Laskimotukos, e-pillereitä käytävällä	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____
Nenäverenvuotoja	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____	Laskimotukos, raskauden yhteydessä	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____
Runsaat kuukautiset	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____	Laskimotukos, epätavallisessa paikassa	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____
Pienet haavat vuotavat	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____	Pinnallisia laskimotukoksia	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____
Nivelverenvuoto	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____	Valtimotukoksia	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____
Lihaverenvuoto	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____	Toistuvia keskenmenoja	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____
Muita vuoto-oireita, mitä	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____	Muita tukosoireita, mitä	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____
Seulontakokeet jos tiedossa	pvm ____ . ____ 20 ____	Onko tutkittava raskaana	<input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei
B -Trom _____ P -TT/P-INR _____ P -APTT _____		Käyttääkö tutkittava e-pillereitä?	<input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei
		Käyttääkö tutkittava hormonikorvaushoitoa?	<input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei

KYSYMYKSENASETELU (lyhyt anamneesi, kliininen diagnoosi, lääkitys, mahdollisen toimenpiteen tai verensiirron ajankohta).
AIKAISEMMIN TUTKITUN SUKULAISEN HENKILÖTIEDOT.

Akuutista vuodosta _____ vrk

Akuutista tukoksesta _____ vrk

pvm _____

Hoitava lääkäri _____

puh. _____

PYYDETYT TUTKIMUKSET	
Rastita haluamasi tutkimus tai valtuuta Veripalvelun asiantuntija valitsemaan tutkimukset anamneesiin ja alustavien tulosten perusteella.	
<input type="checkbox"/> Veripalvelun asiantuntija valitsee tutkimukset	<input type="checkbox"/> Näytteestä ei saa tehdä lisätutkimuksia
VUOTOTAIPUMUSTUTKIMUKSET	TUKOSTAIPUMUSTUTKIMUKSET
KL SPRV	KL SPRV
<input type="checkbox"/> 3355 5006 P -Vuototaipumuksen selvittely (APTT; TT; Protrombiini; F V; F VII; F VIII; F X; F XIII; vWF-Akt; Fibrinogeeni)	<input type="checkbox"/> 4025 3261 P -Tromboositaipumuksen selvittely (Antitrombiini; Proteiini C; Proteiini S; Hyytymistekijä V geeni, DNA-tutkimus; Protrombiinigeeni, DNA-tutkimus; Fosfolipidivasta-ainetutkimus laaja*; Trombiiniaika; Tromboplastiiniaika)
<input type="checkbox"/> 2783 3245 P -Tromboplastiiniaika, aktivoitu, partiaalinen (P -APTT)	<input type="checkbox"/> 3607 3255 P -Fosfolipidivasta-ainetutkimus, laaja (Lupusantikoagulantti*; Kardioliipinivasta-aineet; Beeta-2-glykoproteiini, IgG-vasta-aineet)
<input type="checkbox"/> 1731 3246 P -Tromboplastiiniaika (P -TT)	<input type="checkbox"/> 1103 3229 P -Antitrombiini
<input type="checkbox"/> 2782 3221 P -Trombiiniaika	<input type="checkbox"/> 3435 3262 P -Proteiini C
<input type="checkbox"/> 4113 3285 P -Fibrinin D-dimeerit	<input type="checkbox"/> 4449 3289 P -Proteiini S
<input type="checkbox"/> 1399 3277 P -Fibrinogeeni	<input type="checkbox"/> 3578 3222 P -Lupusantikoagulantti*
<input type="checkbox"/> 2542 3276 P -Protrombiini	<input type="checkbox"/> 1713 5008 P -Beeta-2-glykoproteiini, IgG-vasta-aineet
<input type="checkbox"/> 2500 3274 P -Hyytymistekijä V	<input type="checkbox"/> 3609 3226 P -Kardioliipiini, IgG vasta-aineet
<input type="checkbox"/> 2506 3275 P -Hyytymistekijä VII	<input type="checkbox"/> 3610 5182 P -Kardioliipiini, IgM vasta-aineet
<input type="checkbox"/> 1097 3219 P -Hyytymistekijä VIII	<input type="checkbox"/> 2782 3221 P -Trombiiniaika
<input type="checkbox"/> 6244 3263 P -Hyytymistekijä VIII, rekombinantti	<input type="checkbox"/> 4410 3267 B -Hyytymistekijä V geeni, DNA-tutkimus
<input type="checkbox"/> 1098 3216 P -Hyytymistekijä VIII, vasta-aineet	<input type="checkbox"/> 1920 5001 B -Protrombiinigeeni, DNA-tutkimus
<input type="checkbox"/> 1211 3218 P -Hyytymistekijä IX	<input type="checkbox"/> 6242 5012 B -Proteiini C mutaatio W380G, DNA-tutkimus
<input type="checkbox"/> 4211 3211 P -Hyytymistekijä IX, vasta-aineet	<input type="checkbox"/> 5039 B -Antitrombiini P73L-mutaation määräys, DNA-tutkimus
<input type="checkbox"/> 2704 3282 P -Hyytymistekijä X	
<input type="checkbox"/> 2547 3234 P -Hyytymistekijä XI	
<input type="checkbox"/> 1509 3280 P -Hyytymistekijä XII	
<input type="checkbox"/> 4411 3209 P -Hyytymistekijä XIII	* Seulontatestin ollessa positiivinen tehdään varmistustesti, joka laskutetaan erikseen.
VON WILLEBRANDIN TAUDIN SELVITTELY	
Perustutkimukset/korvaushoidon seuranta	von Willebrandin taudin jatkotutkimukset
<input type="checkbox"/> 1097 3219 P -Hyytymistekijä VIII	<input type="checkbox"/> 4031 3235 P -von Willebrand-tekijä, antigeeni
<input type="checkbox"/> 6334 3301 P -von Willebrand -tekijä, aktiivisuus	<input type="checkbox"/> 4262 3272 P -von Willebrand-tekijä, multimeerit
	<input type="checkbox"/> 1959 3213 P -von Willebrand-tekijä, FVIII -sitomiskyky
	<input type="checkbox"/> 6073 5029 P -von Willebrand -tekijä, kollageeniin sitoutuminen
	<input type="checkbox"/> 6072 5026 B -von Willebrandin tauti, tyyppi 2, DNA

Tutkimustulosten tulkitsemista varten lähetteessä pitää ilmoittaa kliininen kysymyksenasettelu ja tieto tutkittavan mahdollisesta antikoagulaatiohoidosta (mikä valmiste, milloin lopetettu / edelleen käytössä).

Jos lähisuvussa on todettu jokin hyytymishäiriö, pyydetään lähetteessä ilmoittamaan aikaisemmin tutkitun sukulaisten henkilötiedot löydösten merkityksen arvioimiseksi.

Lisätietoja tutkimusten valinnasta ja tutkimuksiin vaikuttavista asioista Tutkimusohjekirjassa (www.veripalvelu.fi > Terveydenhuollon ammattilaiset > Tutkimusohjekirja).

VERIPALVELU TÄYTTÄÄ

Näyte saapunut Veripalveluun	pvm	klo	nimik.	Lisätiedot
Vastaus faksattu	pvm	klo	nimik.	
Vastaus soitettu	pvm	klo	nimik.	

LÄHETYSOHJEET:

Lähetysosoite: Suomen Punainen Risti, Veripalvelu, Näytteiden vastaanotto, Kivihaantie 7, 00310 Helsinki
Näytteenottoa, lähetystä ja kuljetusta koskevat kysymykset: Näyteinfo (ma-to 8-16, pe 8-15) puh. 029 300 1414, faksi 09 454 6212

Näytteenotto- ja lähetysohjeet löytyvät www.veripalvelu.fi > Terveydenhuollon ammattilaiset