

LÄHETYSTIEDOT

Lähetävä sairaala ja osasto		Yhteyshenkilö ja puh.	
Osoite	Eriävä vastausosoite	Eriävä laskutusosoite	
Vastausta pyydetään <input type="checkbox"/> puh. <input type="checkbox"/> faksi		<input type="checkbox"/> Kirjallinen vastaus osoitteeseen	

VANHEMPIEN TIEDOT

Äiti	Henkilötunnus	HPA-tyyppi
Isä	Henkilötunnus	HPA-tyyppi

AIEMMAT RASKAUDET JA KESKENMENOT G/P

Vuosi	raskaus/synnytyskomplikaatiot	synnytys rask.vk _____ <input type="checkbox"/> norm. alatie <input type="checkbox"/> keisarinleikkaus	NAIT <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei
Vuosi	raskaus/synnytyskomplikaatiot	synnytys rask.vk _____ <input type="checkbox"/> norm. alatie <input type="checkbox"/> keisarinleikkaus	NAIT <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei
Vuosi	raskaus/synnytyskomplikaatiot	synnytys rask.vk _____ <input type="checkbox"/> norm. alatie <input type="checkbox"/> keisarinleikkaus	NAIT <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei

NAIT LAPSI

Nimi	Henkilötunnus		
Paino g _____ <input type="checkbox"/> asfyksia	apg. 1/5 min _____ <input type="checkbox"/> mekonium aspiraatio	napa-arteria: pH _____ <input type="checkbox"/> infektio	trombosyytit syntyessä 10 ⁹ /l _____ <input type="checkbox"/> muu sairaus
Vuoto-oireet	<input type="checkbox"/> petekkiat	<input type="checkbox"/> mustelmat	<input type="checkbox"/> aivoverenvuoto <input type="checkbox"/> sisäelinvuoto
Trombosyytit			
<1 vrk iässä 10 ⁹ /l _____ pienin arvo 10 ⁹ /l _____ pvm _____ korjaantui 10 ⁹ /l _____ pvm _____			
Vasta-syntyneen hoito			
<input type="checkbox"/> iv-IgG / pvm _____		<input type="checkbox"/> tromb. siirto* pvm _____ tromb. ennen siirtoa 10 ⁹ /l _____	
<input type="checkbox"/> tromb. siirron jälkeen 10 ⁹ /l _____		<input type="checkbox"/> muu hoito	
Trombosytopenian hoito sikiöaikana			
<input type="checkbox"/> NSP / pvm _____		trombosyytit 10 ⁹ /l _____ <input type="checkbox"/> ei hoitoa <input type="checkbox"/> äidin iv-IgG / pvm _____	
<input type="checkbox"/> trombosyyttien siirto* / pvm _____		trombosyytit ennen siirtoa 10 ⁹ /l _____ trombosyytit siirron jälkeen 10 ⁹ /l _____	

NYKYRASKAUS

Raskausviikot	laskettu aika pvm	äidin HPA-vasta-aineet	komplikaatiot
NSP / pvm	raskaus vk	sikiön tromb. 10 ⁹ /l	sikiön HPA-tyyppi

Sikiön trombosytopenian hoidot

Äiti	<input type="checkbox"/> iv-IgG / pvm _____ <input type="checkbox"/> steroidi <input type="checkbox"/> muu sikiön trombosyytit hoidon aikana		
Sikiö	<input type="checkbox"/> IU tromb. siirto* / pvm _____ tromb. ennen siirtoa 10 ⁹ /l _____ trombosyytit siirron jälkeen 10 ⁹ /l _____		
*Trombosyyttivalmisteen HPA-tyyppi			
Pvm	Hoitava lääkäri	Puh.	

PYYDETYT TUTKIMUKSET

- Veripalvelun asiantuntijalääkäri valitsee tutkimukset
 Näytteestä ei saa tehdä lisätutkimuksia

Vastasyntyneen trombosytopenia

KL SPRV

- 4268 3420 B -Immuunitrombosytopeniatutkimus, vastasyntyneen, seulonta
 5184 B -Immuunitrombosytopeniatutkimus, vastasyntyneen, jatkotutkimus
 2796 3414 B -Trombosyyttivasta-aineet, tyypitys
 äiti isä lapsi/sikiö lapsivesi

Kysymyksenasettelu

Vastasyntyneen immuunitrombosytopenia

Tutkimuspaketti on jaettu kahteen osaan, seulontatutkimuksiin ja jatkotutkimuksiin, jotka laskutetaan erikseen.

Seulontatutkimus

Seulontatutkimuksessa selvitetään, onko äidin ja lapsen tai vanhempien välillä trombosyyttien pinta-antigeenin välistä epäsopevuutta. Tutkimus tehdään tyypittämällä äidin, lapsen ja isän näytteistä kaikki tunnetut, merkittävät alloimmunisaatiota aiheuttavat antigeenit (HPA-1,-2,-3,-5,-6 ja -15). Mikäli HPA-epäsopevuutta ei todeta, jatkotutkimuksia ei yleensä tarvita.

Jatkotutkimukset

Jos seulontatutkimuksessa löydetään HPA-epäsopevuus äidin ja lapsen tai vanhempien välillä, määritetään jatkotutkimuksena vasta-aineet kyseisen epäsopevuuden suhteen. Mikäli äidiltä löydetään HPA-1a -vasta-aineita, ne kvantitoidaan vasta-ainetason seuraamista varten. Ristikokeessa tutkitaan äidin seerumin reaktio isän trombosyyttien kanssa. Trombosyyttien pintarakenteisiin kohdistuvat autovasta-aineet ja HLA-vasta-aineet tutkitaan tarvittaessa.

Jos kyseessä on erityisen vaikea immunisaatio, mikä on johtanut sikiön tai vastasyntyneen kuolemaan tai aivoverenvuotoon tai mikäli lähetetietojen perusteella on syytä epäillä autoimmunotrombosytopeniaa, tehdään jatkotutkimukset vaikka HPA-epäsopevuutta ei todettaisikaan.

Trombosyyttien allovasta-aineet, tyypitys, äidin näyte

Mikäli seuraavissa raskauksissa isä on sama kuin edellisessä raskaudessa, trombosyyttien allovasta-aineiden määrittämistä varten tarvitaan vain äidin näyte.

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 > Terveystieteen ammattilaiset