



Verdacht auf heparininduzierte Thrombozytopenie (HIT)

Notfall

Patientenetikett

Station:

Arzt/Ärztin:
(Name + Unterschrift)

Tel. Nr.:

Fax. Nr.:

Zur Bearbeitung Ihrer Untersuchungsanforderung benötigen wir folgende klinische Angaben:

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

Thrombozyten Zahlen:					
<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?	