

BASOPHILEN-AKTIVIERUNGSTEST (BAT)

Medikamenten Allergie anti-CCR3/anti-CD63 bzw. CD203c

Bitte leer lassen

Exp. N°:

Empfang:

* **Zuweiser/Arzt:** (inkl. Adresse)

Stempel

E-Mail:

* **Patient/in Daten:** (inkl. Adresse)

Patienten Kleber

* **Benötigtes Untersuchungsmaterial:**

EDTA Blut (mindestens 4ml) + Serum (> 0.5ml, abzentrifugiert)

Blutentnahme: Datum: Uhrzeit:

* **Anamnese:** Anaphylaxie Urtikaria Angioödem andere Symptome:

Datum der Reaktion:

* **Reinsubstanzen:**

B-lactame	Hauttestungen	Muskelrelaxantien	Hauttestungen	Fluoroquinolone	Hauttestungen
<input type="checkbox"/> Penicillin G	<input type="checkbox"/> pos <input type="checkbox"/> neg	<input type="checkbox"/> Rocuronium	<input type="checkbox"/> pos <input type="checkbox"/> neg	<input type="checkbox"/> Ciprofloxacin	<input type="checkbox"/> pos <input type="checkbox"/> neg
<input type="checkbox"/> Tazobactam	<input type="checkbox"/> pos <input type="checkbox"/> neg	<input type="checkbox"/> Suxamethonium	<input type="checkbox"/> pos <input type="checkbox"/> neg	<input type="checkbox"/> Moxifloxacin	<input type="checkbox"/> pos <input type="checkbox"/> neg
<input type="checkbox"/> Meropenem	<input type="checkbox"/> pos <input type="checkbox"/> neg	<input type="checkbox"/> Mivacurium	<input type="checkbox"/> pos <input type="checkbox"/> neg	<input type="checkbox"/> Levofloxacin	<input type="checkbox"/> pos <input type="checkbox"/> neg
<input type="checkbox"/> Amoxicillin	<input type="checkbox"/> pos <input type="checkbox"/> neg	<input type="checkbox"/> Atracurium	<input type="checkbox"/> pos <input type="checkbox"/> neg		
<input type="checkbox"/> Clavulansäure	<input type="checkbox"/> pos <input type="checkbox"/> neg				
Cefalosporine		PPI		Weitere Substanzen	
<input type="checkbox"/> Cefuroxim	<input type="checkbox"/> pos <input type="checkbox"/> neg	<input type="checkbox"/> Lansoprazol	<input type="checkbox"/> pos <input type="checkbox"/> neg	<input type="checkbox"/> Carboxymethylcellulose	<input type="checkbox"/> pos <input type="checkbox"/> neg
<input type="checkbox"/> Ceftriaxon	<input type="checkbox"/> pos <input type="checkbox"/> neg	<input type="checkbox"/> Esomeprazol	<input type="checkbox"/> pos <input type="checkbox"/> neg	<input type="checkbox"/> Metamizol	<input type="checkbox"/> pos <input type="checkbox"/> neg
<input type="checkbox"/> Cefaclor	<input type="checkbox"/> pos <input type="checkbox"/> neg	<input type="checkbox"/> Pantoprazol	<input type="checkbox"/> pos <input type="checkbox"/> neg	<input type="checkbox"/> Ibuprofen	<input type="checkbox"/> pos <input type="checkbox"/> neg
<input type="checkbox"/> Cefazolin	<input type="checkbox"/> pos <input type="checkbox"/> neg	<input type="checkbox"/> Omeprazol	<input type="checkbox"/> pos <input type="checkbox"/> neg	<input type="checkbox"/> Chlorhexidin	<input type="checkbox"/> pos <input type="checkbox"/> neg
<input type="checkbox"/> Cefadroxil	<input type="checkbox"/> pos <input type="checkbox"/> neg			<input type="checkbox"/> Neomycin	<input type="checkbox"/> pos <input type="checkbox"/> neg
				<input type="checkbox"/> Dotarem	<input type="checkbox"/> pos <input type="checkbox"/> neg
				<input type="checkbox"/> Trimethoprim/ Sulfamethoxazol	<input type="checkbox"/> pos <input type="checkbox"/> neg

* **Rechnung:** Patient/in Auftraggeber

Versand: - Maximal 20h Transportzeit (z.B. Swiss-Express "Mond") oder über Labor Kurierdienst
- Temperaturbedingung: Raumtemperatur

WICHTIG: Auftrag für BAT nur nach telefonischer (031 371 86 40) Anmeldung!