

## 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**

<input type="checkbox"/> Penicillin G	<input type="checkbox"/> pos	<input type="checkbox"/> neg
<input type="checkbox"/> Tazobactam	<input type="checkbox"/> pos	<input type="checkbox"/> neg
<input type="checkbox"/> Meropenem	<input type="checkbox"/> pos	<input type="checkbox"/> neg
<input type="checkbox"/> Amoxicillin	<input type="checkbox"/> pos	<input type="checkbox"/> neg
<input type="checkbox"/> Clavulansäure	<input type="checkbox"/> pos	<input type="checkbox"/> neg

*Hauttestungen*

**Muskelrelaxantien**

<input type="checkbox"/> Rocuronium
<input type="checkbox"/> Suxamethonium
<input type="checkbox"/> Mivacurium
<input type="checkbox"/> Atracurium

*Hauttestungen*

<input type="checkbox"/> pos	<input type="checkbox"/> neg
<input type="checkbox"/> pos	<input type="checkbox"/> neg
<input type="checkbox"/> pos	<input type="checkbox"/> neg
<input type="checkbox"/> pos	<input type="checkbox"/> neg

**Fluoroquinolone**

<input type="checkbox"/> Ciprofloxacin	<input type="checkbox"/> pos	<input type="checkbox"/> neg
<input type="checkbox"/> Moxifloxacin	<input type="checkbox"/> pos	<input type="checkbox"/> neg
<input type="checkbox"/> Levofloxacin	<input type="checkbox"/> pos	<input type="checkbox"/> neg

*Hauttestungen*

<input type="checkbox"/> pos	<input type="checkbox"/> neg
<input type="checkbox"/> pos	<input type="checkbox"/> neg
<input type="checkbox"/> pos	<input type="checkbox"/> neg

**Cefalosporine**

<input type="checkbox"/> Cefuroxim	<input type="checkbox"/> pos	<input type="checkbox"/> neg
<input type="checkbox"/> Ceftriaxon	<input type="checkbox"/> pos	<input type="checkbox"/> neg
<input type="checkbox"/> Cefaclor	<input type="checkbox"/> pos	<input type="checkbox"/> neg
<input type="checkbox"/> Cefazolin	<input type="checkbox"/> pos	<input type="checkbox"/> neg
<input type="checkbox"/> Cefadroxil	<input type="checkbox"/> pos	<input type="checkbox"/> neg

**PPI**

<input type="checkbox"/> Lansoprazol
<input type="checkbox"/> Esomeprazol
<input type="checkbox"/> Pantoprazol
<input type="checkbox"/> Omeprazol

<input type="checkbox"/> pos	<input type="checkbox"/> neg
<input type="checkbox"/> pos	<input type="checkbox"/> neg
<input type="checkbox"/> pos	<input type="checkbox"/> neg
<input type="checkbox"/> pos	<input type="checkbox"/> neg

**Weitere Substanzen**

<input type="checkbox"/> Carboxymethylcellulose	<input type="checkbox"/> pos	<input type="checkbox"/> neg
<input type="checkbox"/> Metamizol	<input type="checkbox"/> pos	<input type="checkbox"/> neg
<input type="checkbox"/> Ibuprofen	<input type="checkbox"/> pos	<input type="checkbox"/> neg
<input type="checkbox"/> Chlorhexidin	<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!**