

Bitte leer lassen

LTT N°:

Empfang:

LYMPHOZYTEN TRANSFORMATIONSTEST (LTT)

Medikamenten Allergie

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

Stempel

E-Mail:

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

Patienten Kleber

* **Test-Ansatz (maximal drei Substanzen)**

Reinsubstanzen:

1. Priorität:

2. Priorität:

3. Priorität:

Hauttestung:

pos. neg. nicht gemacht

pos. neg. nicht gemacht

pos. neg. nicht gemacht

HINWEIS: 1 Substanz: Testung erfolgt in zwei Kultur-Medien: **AB-Serum** sowie **autologes Plasma**
2-3 Substanzen: Testung erfolgt **nur in einem Kultur-Medium**

Bei einer schweren Form der Medikamentenallergie (u.a. DRESS, SJS/TEN) ist eine Testung von **mehr als drei Substanzen oder** in **zwei Kulturmedien** (autologen Plasma **und** im AB Serum) möglich.

→ Bitte betreffende Substanzen in einem weiteren Auftragsformular eintragen (die Verrechnung erfolgt separat).

Benötigtes Untersuchungsmaterial:

Min. 40-50ml Heparin Blut (10IU/ml), je nach Anzahl Reinsubstanzen; bei Terminvereinbarung nachfragen.

Blutentnahme: Datum: Uhrzeit:

* **Datum der Reaktion:**

Bluteosinophilie: G/l

* **Kurzanamnese/ Symptome:**

Exantheme: makulopapulös, makulös, urtikariell

DRESS: Drug Rash with Eosinophilia & Systemic Symptoms

AGEP: Akute generalisierte exanthematöse Pustulose

SJS/TEN: Stevens-Johnson Syndrom/Toxisch epidermale Nekrolyse

andere Symptome

Kontaktdermatitis

Fixes Arzneimittelexanthem

Hepatitis, Nephritis, Pankreatitis

Vaskulitis

Prothesen/Metallproblematik

* **Rechnung:**

Patient/in

Auftraggeber

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

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