

Bitte leer lassen

LTT N°:

Empfang:

**ZYTOKIN
LYMPHOZYTEN TRANSFORMATIONSTEST
(ZYTU - LTT)**

Bei Spättyp-Medikamenten Allergien

* **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: Mit einer Blutentnahme werden 2 oder 3 Reinsubstanzen getestet. Wenn nur eine Reinsubstanz angemeldet wird, testen wir ohne Kostenfolge eine therapeutische Alternative mit. Eine komplette Liste aller unserer Reinsubstanzen finden sie auf unserer Website (www.adr-ac.ch).

Benötigtes Untersuchungsmaterial:

Min. 50ml Heparin Blut (10IU/ml)

Blutentnahme: Datum: Uhrzeit:

* **Datum der Reaktion:**

Bluteosinophilie: G/l

* **Kurzanamnese/ Symptome:**

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Exantheme: makulopapulös, makulös, urtikariell | |
| <input type="checkbox"/> DRESS: Drug Rash with Eosinophilia & Systemic Symptoms | |
| <input type="checkbox"/> AGEP: Akute generalisierte exanthematöse Pustulose | |
| <input type="checkbox"/> SJS/TEN: Stevens-Johnson Syndrom/Toxisch epidermale Nekrolyse | |
| <input type="checkbox"/> Fixes Arzneimittellexanthem | <input type="checkbox"/> Prothesen/Metallproblematik |
| <input type="checkbox"/> Kontaktdermatitis | <input type="checkbox"/> Vaskulitis |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis, Nephritis, Pankreatitis | <input type="checkbox"/> andere Symptome |

* **Rechnung:** Patient/in Auftraggeber Andere:.....

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!