

Proteinhormonlabor (Kü - D11)
Steinwiesstrasse 75, 8032 Zürich

Tel. 044 266 75 78
Fax 044 266 81 10

Patientendaten oder Patientenetikette

Name: _____
Vorname: _____
Geschlecht: _____
Geburtsdatum: _____
Strasse: _____
PLZ/Ort: _____

Auftraggeber (Blockschrift oder Stempel):

Datum/Zeit der Probenentnahme

Monat	Jan	Feb	März	April	Mai	Juni	Juli	Aug	Sept	Okt	Nov	Dez
Tag	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	20	30
Stunde	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	20	00
Minute	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	

Rechnung an: Auftraggeber Patienten Andere
Adresse: _____

Ohne Angaben geht die Rechnung an den Auftraggeber

Diagnose: _____ Medikamente: _____

Fragestellung:

Bitte in Blockschrift

Proteinhormonlabor (Nachverordnungen an labor.endokrinologie@kispi.uzh.ch)

<p>Schilddrüsen</p> <input type="checkbox"/> TSH/FT4 (basal) ¹ <input type="checkbox"/> TSH nach TRH: <i>BE (Minute)</i> Basal (+FT4) <input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> Totales T3 ¹ <input type="checkbox"/> Thyreoglobulin (inkl. TgAb) <input type="checkbox"/> Anti-Thyreoglobulin-Antikörper (TgAb) <input type="checkbox"/> Anti-Schilddrüsenperoxidase-Antikörper (TPOAb) <input type="checkbox"/> TSH-Rezeptor-Autoantikörper (TRAb) <input type="checkbox"/> TSH/TT4 aus Filterpapier	<p>Diabetes Abklärung</p> <input type="checkbox"/> Insulin (basal) (inkl. Glucosewert) <input type="checkbox"/> Insulin nach oraler Glucosebelastung (inkl. Glucosewerte): <i>BE (Minute)</i> Basal <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> 45 <input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> 90 <input type="checkbox"/> 120 <input type="checkbox"/> 150 <input type="checkbox"/> 180 <input type="checkbox"/> 210 <input type="checkbox"/> 240 <input type="checkbox"/> C-Peptid (inkl. Glucosewert) <input type="checkbox"/> C-Peptid nach Glucagontest (inkl. Glucosewerte): <i>BE (Minute)</i> Basal <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> 45 <input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> 90 <input type="checkbox"/> 120 <input type="checkbox"/> 150 <input type="checkbox"/> 180 <input type="checkbox"/> 210 <input type="checkbox"/> 240
<p>Gonadotropine</p> <input type="checkbox"/> LH/FSH (basal) <input type="checkbox"/> LH/FSH nach LHRH: <i>BE (Minute)</i> Basal <input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> 120 <input type="checkbox"/> Prolactin (basal) <input type="checkbox"/> Prolactin nach TRH: <i>BE (Minute)</i> Basal <input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 60	<input type="checkbox"/> Typ 1 Diabetes (GAD-Ab, IA2-Ab, IAA und ZnT8-Ab) <input type="checkbox"/> Autoantikörper gegen GAD <input type="checkbox"/> Autoantikörper gegen Inselzellen IA2 <input type="checkbox"/> Autoantikörper gegen Insulin IAA <input type="checkbox"/> Autoantikörper gegen ZnT8
<p>Hormone und Sonstiges</p> <input type="checkbox"/> AFP (α-Fetoprotein) ¹ <input type="checkbox"/> βHCG ¹ <input type="checkbox"/> ACTH (EDTA-Blut sofort ins Labor bringen) <input type="checkbox"/> Parathormon (sofort ins Labor bringen)	<p>Zöliakie Abklärung</p> <input type="checkbox"/> Gliadin IgA-Antikörper <input type="checkbox"/> Gliadin IgG-Antikörper <input type="checkbox"/> t-Transglutaminase-IgA
<p>Wachstumshormone</p> <input type="checkbox"/> HGH (basal) <input type="checkbox"/> HGH nach Argintest: <input type="checkbox"/> HGH nach oraler Glucosebelastung: <i>BE (Minute)</i> -60 <input type="checkbox"/> Basal <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> 45 <input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> 75 <input type="checkbox"/> 90 <input type="checkbox"/> 120 <input type="checkbox"/> 150 <input type="checkbox"/> 180 <input type="checkbox"/> 210 <input type="checkbox"/> 240 <input type="checkbox"/> HGH nach Glucagontest: <i>BE (Minute)</i> Basal <input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> 90 <input type="checkbox"/> 120 <input type="checkbox"/> 150 <input type="checkbox"/> 180 <input type="checkbox"/> IgF1 <input type="checkbox"/> IgF-BP3	<p>Adrenogenitales Syndrom (AGS)</p> <input type="checkbox"/> 21-Hydroxylase (CYP21) (inkl. Zustimmungserklärung) <input type="checkbox"/> 17-OHP aus Filterpapier <input type="checkbox"/> DNA-Extraktion und Banking <input type="checkbox"/> wissenschaftlich
	<p>Probenmaterial</p> <p>weiss = Nativblut ohne Zusatz, bei mehreren Anforderungen mind. 1 Röhrchen (4.5 ml) rot = EDTA-Blut lila = Filterpapierkarte Thyroxin/TSH-Bestimmung grün = Filterpapierkarte 17-OHP-Bestimmung</p> <p>¹ Bei Entnahmeschwierigkeiten auch aus Li-Heparin-Kapillarblut möglich, mind. 3 Röhrchen</p> <p>Abkürzungen BE = Blutentnahme</p>