

**Institut für Laboratoriumsmedizin,
Klinische Chemie und Molekulare
Diagnostik**



UNIVERSITÄT
LEIPZIG

Medizinische Fakultät



Universitätsklinikum
Leipzig

Medizin ist unsere Berufung.

Direktor: Prof. Dr. med. Berend Isermann
Liebigstraße 27, 04103 Leipzig (Postanschrift)
Paul-List-Straße 13 / 15, 04103 Leipzig (Annahme)
Email: berend.isermann@medizin.uni-leipzig.de



Deutsche
Akkreditierungsstelle
D-ML-13195-05-00
D-PL-13195-02-01

http://ilm.uniklinikum-leipzig.de
Befundauskunft: Leitstelle Tel: 0341 97 22222

Begleitschein Stoffwechselfeldiagnostik

Diesen Begleitschein bitte immer der Probe beilegen!

Material:
Auftragsnummer:
Datum:
Anfordernder Arzt:
Telefonnummer des anfordernden Arztes:

Name des Patienten:
Geburtsdatum:
Einsender:
Telefon:
Fax:

Datum, Unterschrift / Stempel

Achtung: Ohne Angaben zu (Verdachts-)diagnose, Medikation und Ernährung ist eine medizinische Befunderstellung nicht möglich!

Fragestellung	
Klinische Information	
Anmerkungen Kommentare	
Abnahme nüchtern	<input type="checkbox"/> nein, <input type="checkbox"/> ja, <input type="checkbox"/> unbekannt
Medikamente	<input type="checkbox"/> nein, <input type="checkbox"/> ja (unbedingt angeben!), welche:
Infusion	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (unbedingt angeben!), welche: <input type="checkbox"/> Aminosäureinfusion, <input type="checkbox"/> Glucoseinfusion <input type="checkbox"/> Fettinfusion, <input type="checkbox"/> andere:
Transfusion	<input type="checkbox"/> nein, <input type="checkbox"/> ja, welche:
Besondere Ernährung	<input type="checkbox"/> nein, <input type="checkbox"/> ja (unbedingt angeben!), welche: MCT <input type="checkbox"/>
Anamnese Geburt _____ SSW Symptomatisch ab _____ Lebenstag/Wo./Mo./Jahr ja nein ?* <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Konsanguinität der Eltern <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dystrophie bei Geburt <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> SIDS bei Geschwistern: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Unklare Erkrankung bei Geschwistern <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Stoffwechseldefekt bei Geschwistern : _____ _____	Allgemeinbefunde ja nein ?* <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Akute metabol. Entgleisung <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Schwere Allgemeinerkrankung <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Progrediente Verschlechterung <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Gedeihstörung <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Auffälliger Geruch Organbefunde ja nein ?* <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hepatomegalie <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Splenomegalie <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Kardiomyopathie <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nephropathie Neuroradiologische Befunde ja nein <input type="checkbox"/> o.p.B. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> MRT <input type="checkbox"/> Hirnfehlbildung <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> Hirnatrophie <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> US <input type="checkbox"/> Hirnblutung <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Veränd. weiße Substanz <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Veränd. graue Substanz <input type="checkbox"/> Befund ausstehend
Neurologische Befunde ja nein ?* <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Krampfanfälle (Anfallsform: _____) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enzephalopathie <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Myoklonie <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Entwicklungsretardierung <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mikrozephalie <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Makrozephalie <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Muskuläre Hypotonie <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Spastik Laborbefunde ja nein ?* <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Metabolische Azidose pH: _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hypoglykämie: Wert _____ mmol/l <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Laktatazidose: Wert _____ mmol/l <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ammoniak-Wert _____ µmol/l <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Transaminasen-Erhöhung <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> CK-Erhöhung <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Kreatinin-Erhöhung	

?*: unbekannt / nicht untersucht