

Untersuchung auf darmpathogene E. coli/EHEC

Institut für Hygiene T +49 251 83-55367
EHEC-Labor F +49 251 83-55688
Robert-Koch-Straße 41 ehec@ukmuenster.de
48149 Münster

Konsiliarlabor für
Hämolytisch-Urämisches
Syndrom (HUS)
www.ehec.org



EINSENDER:

(Klinik+Station/ Arzt/ Labor)

(Anschrift)

Ansprechpartner

(Telefon)

(Fax)

PATIENT:

Name, Vorname _____

männlich weiblich divers

Geburtsdatum _____

Straße, Hausnr. _____

PLZ, Wohnort _____

Patienten ID _____

Rechnungsempfänger/ Kostenübernahme: (Pflichtfeld, aufgrund von fehlender Kassenzulassung)

- Einsender Beauftragung durch ÖGD/zuständiges Gesundheitsamt (kostenfreie Untersuchung nur für EHEC)
 Patient Sonstige:

Klinische Diagnose/ Symptome: _____

- Krankheitsbeginn (Datum) _____ Krankheitsdauer <3d 3-7d >7d andauernd
 Hämolytisch-Urämisches Syndrom (HUS) Erbrechen: _____
 Diarrhoe andere Infektionen: _____
 Enteritis rezidivierend Immunsuppression: _____
 Fieber Antibiotika-Therapie: _____

Untersuchungsmaterial: (bei Einsendung von Stuhl, Analabstrich, Blut und Serum die Transportzeit von maximal 48 Std. beachten)

- Abnahmedatum:** _____ unbekannt
 Stuhl (Röhrchen zu 1/3 füllen) Vollblut (mindestens 500µl)
 Bakterienkultur (ggf. Mischkultur) Serum (mindestens 500µl)
 Erregerisolat (Reinkultur) Sonstiges: _____
 Analabstrich

Erregernachweis mittels PCR: (nicht aus Serum oder Vollblut möglich)

- EHEC/EPEC inkl. Shiga Toxin
 EAEC EIEC/ Shigella spp ETEC Sonstiges: _____
inkl. anschließender Isolierung und molekularbiologischer Charakterisierung (Shiga Toxin Subtyp, Intimin Subtyp, Sequenztyp, Serotyp) des Erregers***

Antikörperrnachweis mittels Immunoblot (nur aus Serum oder Vollblut möglich)

- O157 Immunoblot (IgM, IgG)

***Parameter außerhalb des Akkreditierungsbereiches

Datum, Unterschrift

Erstellt von	Geprüft von	Freigegeben von/am	Seite
Adolf, Tanja	Middendorf-Bauchart, Barbara (inhaltlich) Adolf, Tanja (formal)	Mellmann, Alexander am 12.11.2024	1 von 1