

# HiT II -Diagnostik

(Stempel des Einsenders)

Name:		Geburtsdatum:	
Klinik/Station:			
Behandelnder Arzt:	Tel.:	Fax:	
Kostenträger:			

**erforderliches Untersuchungsmaterial:** mind. 2ml Serum bzw. 10ml Nativblut

**Bitte teilen Sie uns nachfolgende klinische Angaben mit:**

▪ Welche Grunderkrankung liegt vor?	
▪ Seit wann erhält der Patient Heparin?	
▪ Welches Heparin erhält er?	
▪ Thrombozytenzahl zu Beginn der Therapie?	
▪ Thrombozytenzahl zum Abnahmezeitpunkt?	
▪ Erhält der Patient Orgaran, Hirudin, i.v. IgG, Repro o.ä.?	
▪ Hat der Patient eine Sepsis?	

**Bitte bestimmen Sie bei HiT-Verdacht den Score. Bei einem Score <4 ist die HiT II sehr unwahrscheinlich.**

Der Hit-Verdacht basiert auf folgenden Kriterien	Score	Wahrscheinlichkeitskriterien		
		2	1	0
Thrombozytopenie		niedrigster Wert $\geq 20$ GPT und $>50\%$ Abfall	niedrigster Wert 10-19 GPT oder 30-50% Abfall	niedrigster Wert $<10$ GPT oder $<30\%$ Abfall
Tag des Auftretens des Thrombozytenabfalls		Tag 5-10 oder $\leq 1$ bei früherer Heparintherapie (innerhalb der letzten 30 Tage)	Unbekannt, aber könnte zur HIT passen bzw. $>$ Tag 10 bzw. $\leq$ Tag 1 bei früherer Heparintherapie (innerhalb der letzten 30 bis 90 Tage)	Tag $<4$ (keine frühere Heparintherapie)
Thrombosen oder andere Komplikationen		gesicherte neue Thrombose, Hautnekrosen, anaphylaktische Reaktion (anaph. Reaktion nach Heparinbolus)	Fortschreitende oder rezidivierende Thrombose, Verdacht auf Thrombose (noch nicht bestätigt) oder nicht nekrotisierende Hautläsionen	keine Komplikationen
andere Gründe für Thrombozytenabfall		keine	denkbar	definitiv
Wahrscheinlichkeits-Score				

**Blutproben können täglich mit der Post eingesandt werden.**

**Beratung in Notfällen:** Tel.: 0341 6565-745 oder -664, außerhalb der regulären Dienstzeit unter 0163 7656510.

**Cave:** Der Laborchemische Nachweis einer Heparin- induzierten Thrombozytopenie (HiT II) ist lediglich als Bestätigung einer klinischen Diagnose aufzufassen. Die Therapie muss bereits bei Verdacht auf eine HiT II eingeleitet werden.

Ort, Datum, Unterschrift des Arztes