



Begleitschein zur Einsendung von Probenmaterial für die Diagnose auf Tetanus

WICHTIG: Die Untersuchung erfolgt nur nach vorheriger telefonischer Rücksprache. In dringenden Fällen kann eine Untersuchung nach Absprache auch außerhalb der regulären Dienstzeiten erfolgen. Die Einsendungen müssen den ausgefüllten Probenbegleitschein enthalten, aus denen die Informationen zur Patientenidentifikation, dem Einsender sowie zum Probenmaterial hervorgehen.

1. Angaben des Einsenders

| | | | |
|-----------------------|--------------|--------|-----|
| _____ | _____ | _____ | |
| Name | Unterschrift | Datum | |
| _____ | _____ | _____ | |
| Telefon | Fax | E-Mail | |
| _____ | _____ | _____ | |
| Institution/Abteilung | Straße Nr. | PLZ | Ort |

2. Angaben zur Patientenidentifikation

| | | | | |
|-----------------------|---------------|--------------------------------|--------------------------------|-------------|
| _____ | _____ | <input type="radio"/> weiblich | <input type="radio"/> männlich | _____ |
| Auftrags-/Labornummer | Name, Vorname | Geschlecht | | Geburtsjahr |

3. Anamnese

| | | |
|--------------|------------------|-------------------|
| am: _____ | am: _____ | _____ |
| Einlieferung | Krankheitsbeginn | Verdachtsdiagnose |

| Klinische Symptome, wie z.B.: | Seit wann? | Kommentare |
|--|------------|------------|
| <input type="checkbox"/> Risus sardonicus, Trismus | | |
| <input type="checkbox"/> Tonische Spasmen | | |
| <input type="checkbox"/> Obstipation | | |
| <input type="checkbox"/> Dysphagie, Laryngospasmus | | |
| <input type="checkbox"/> Atemnot | | |
| <input type="checkbox"/> Trinkschwäche (Säugling) | | |
| <input type="checkbox"/> Erhöhter Blutdruck, Tachykardie | | |
| <input type="checkbox"/> Sonstige, und zwar: | | |

Bitte diesen Bogen so vollständig wie möglich ausfüllen.
PROBENEINSENDUNG NUR NACH TELEFONISCHER RÜCKSPRACHE!

4. Probenahme und angeforderte labordiagnostische Untersuchung

| Probenmaterial | Abnahme | | Nachweis von | |
|--|---------|---------|--------------------------|---------------------------|
| | Datum | Uhrzeit | Tetanus Neurotoxin | <i>Clostridium tetani</i> |
| <input type="checkbox"/> Serum | | | <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> Wundabstrich | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Isolat | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Sonstige, und zwar: | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Hinweise zur Probenahme

Detaillierte Informationen zu Probenahme und Versand entnehmen Sie bitte dem Präanalytikhandbuch von ZBS3 (PPH ZBS3). Das Präanalytikhandbuch finden Sie unter folgendem Link:

http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Diagnostik_Speziallabore/Toxine/toxine-labor_node.html

Geeignetes Probenmaterial zur Untersuchung auf Tetanus Neurotoxin bzw. *C. tetani*:

Serum (5–10 mL) vom frühestmöglichen Zeitpunkt (idealerweise innerhalb 72 h nach Auftreten einer Symptomatik); bitte kühl lagern.

Wundabstrich/Punktat/Wundmaterial, bitte kühl lagern; Entnahme VOR Antibiotikatherapie.

Das Krankheitsbild kann bei der seltenen Form der lokalen Tetanuserkrankung vorkommen, es kann zum Auskeimen von *C. tetani*-Sporen in Wunden im Sauerstoff-armen Milieu und paralleler Toxin-Produktion kommen (Toxininfektion).

Zur Absicherung eines negativen Befundes führt das RKI ggf. ausgewählte ergänzende Untersuchungen durch, aus denen sich Hinweise auf andere Infektionen mit ähnlicher Symptomatik ergeben können. Kosten für den Einsender entstehen hierdurch nicht. Wir weisen ausdrücklich darauf hin, dass diese konsolidierenden Untersuchungen die ärztlich indizierten differentialdiagnostischen Untersuchungen durch das im Rahmen der üblichen Patientenversorgung eingebundene klinisch mikrobiologische Labor **n i c h t** ersetzen.

Eine Einverständniserklärung des Patienten zur angeforderten Diagnostik liegt vor. Falls nicht, markieren Sie bitte das nachstehende Feld:

Eine Einverständniserklärung des Patienten zur anonymen Veröffentlichung des Falls nach den Regeln der guten wissenschaftlichen Praxis (inkl. Fotos) liegt vor. Falls nicht, markieren Sie bitte das nachstehende Feld:

Eine Einverständniserklärung des Patienten zur pseudonymen Weiterwendung des eingesandten Probenmaterials als Rückstellproben und für Forschungszwecke liegt vor. Falls nicht, markieren Sie bitte das nachstehende Feld:

Die Übermittlung des Laborberichts erfolgt per Post oder verschlüsselt via Cryptshare (<https://austausch.rki.de>).

Unterschrift des Einsenders

Datum

5. Zuständiges Gesundheitsamt

Um unserer Meldepflicht im Falle des Nachweises einer meldepflichtigen Krankheit nachkommen zu können, bitten wir um die Angabe des zuständigen Gesundheitsamtes.

Gesundheitsamt

Straße Nr.

PLZ

Ort

Telefon

Fax

E-Mail

6. Leistungsspektrum von ZBS 3 zur Diagnostik von Tetanus

- Funktionelle Methoden: Mausbioassay
- Molekularbiologische Verfahren:
 - Quantitative PCR für das *tent*-Gen*
 - Sequenzierung und Typisierung des Toxingens
- Mikrobielle anaerobe Anzucht des Erregers aus verschiedenen Probenmatrices
 - Identifizierung des Erregers mittels 16S rDNA Sequenzierung

Die Methoden stellen überwiegend in-house Verfahren dar, die sorgfältig validiert und in der Fachliteratur publiziert wurden. Nähere Informationen können bei Interesse zur Verfügung gestellt werden.

* Akkreditiert nach DIN EN ISO 15189 und DIN EN ISO/IEC 17025