



Institut für Labormedizin und Mikrobiologie

Institut für Transfusionsmedizin und Hämostaseologie

Leistungs- und Referenzwertverzeichnis 2025

Stand: 20.08.2025

Universitätsklinikum Ausgburg

Institut für Labormedizin und Mikrobiologie | ILM

» Direktor: Prof. Dr. med. Reinhard Hoffmann

Institut für Transfusionsmedizin und Hämostaseologie | ITH

» Direktor: PD Dr. med. Jan Pilch

Medizinisches Versorgungszentrum | MVZ

Dr. med. Konstantinos Doukas, Prof. Dr. med. Reinhard Hoffmann; Elisabeth Kling, PD Dr. Jan Pilch

Stenglinstraße 2 86156 Augsburg

Telefon: +49 821 400-01 Fax: +49 821 400-4585 E-Mail: info@uk-augsburg.de Internet: www.uk-augsburg.de

Sekretariat ILM

Telefon: +49 821 400-2752

Sekretariat ITH

Telefon: +49 821 400-2751

Steuerungspunkt

Telefon: +49 821 400-2780 Fax: +49 821 400-2756 MVZ

Telefon: +49 821 400-3804 Fax: +49 821 400-173804 Untersuchungsmaterialien: S = Serum U = Urin SM = Sondermaterial

P = Plasma L = Liquor MS = Magensaft SU = Sammelurin

Analyt	Beleg	Erforderliche Menge (ml)	Material	Referenzbereich	Dimension	Bemerkungen
AAK gegen Acetylcholinrezeptor (ACHR)	2	0,05	Serum	<0,5	nmol/l	Acetylcholinrezeptor-AK gelten als pathognomonisch für die Myasthenia gravis (MG) und sind bei 80-90% der Patienten mit einer generalisierten MG nachweisbar. Bei der okulären Form sind die AAK nur in ca. 50% zu finden.
						Mit der Anforderung von ACHR-AK werden immer MUSK- und Titin-AAK (siehe AAK gegen MuSK und AAK gegen Titin) mitbestimmt
AAK gegen AMPA- Rezeptor	2	0,150	S	negativ		AMPA-R = Amino-3-Hydroxy-5-Methyl-4-Isoxazolepropionic acid Receptor; gehört zur Gruppe der Glutamatrezeptoren Klinische Assoziation: limbische Enzephalalitis
						Anforderung über AAK-Profil "Autoimmune Enzephalitis"
AAK gegen Amphiphysin	2	0,05	S	negativ		Anforderung: paraneoplastischer Autoantikörper assoziierte neurologische Symptome: Stiff-Person Syndrom,
		0,1	L	negativ		verschiedene assoziierte Tumore: Mamma-CA, kleinzelliges Bronchial-CA etc.
AAK gegen Aquaporin-4	2	0,1	S L	1:<10	Titer	hochspezifischer Marker der Neuromyelitis optica (NMO) Sie sind in bis zu 91% der NMO, aber niemals bei der Multiplen Sklerose nachweisbar. Bei isolierter longitudinalen extensiver transverser Myelitis (LETM) sind Aquaporin4-AK in 50-100% und bei Patienten mit simultaner oder wiederkehrenden Optikusneuritis in ca. 25% zu finden.
						Bei der Anforderung von Aquaporin-AAK werden immer AK gegen Myelinoligodentrozyten-Glykoprotein (MOG) mitbestimmt

Analyt	Beleg	Erforderliche Menge (ml)	Material	Referenzb	vereich	Dimension	Bemerkungen
AAK gegen b2- Glykoprotein (lgG)	2	0,05	S	negativ:	< 20	U/ml	Diese AAK gehören zusammen mit den Cardiolipin-AK und dem Lupus Antikoagulans zur Gruppe der Phospholipid-Antikörper. Anforderung über Cardiolipin-Antikörper.
AAK gegen b2- Glykoprotein (lgM)		0,05	S	negativ:	< 20	U/ml	
AAK gegen BP180 und BP230	2	0,1	S	< 20		U/ml	ELISA bei V.a. bullöses Pemphigoid und zur Bestätigung eines positiven IFT-Befundes (AAK gegen epidermale Basalmembran)
AAK gegen Cardiolipin (IgG)	2	0,05	S	negativ:	<12	GPL-U/ml	quant. ELISAs zum Nachweis von b2-glykoproteinabhängigen anti-Cardiolipin-Ak der Klasse IgG und IgM (Indikation: Thrombophilie-Abklärung, V.a. Antiphospholipid-AK-Syndrom, Diagnose und Verlauf SLE)
AAK gegen Cardiolipin (IgM)		0,05	S	negativ:	< 12	MPL-U/ml	
AAK gegen CARP	2	0,150	S	negativ			CARP = carbonic Anhydrase related Protein VII klinische Assoziation: paraneoplastische Kleinhirndegeneration, cerebelläre Assoziation
		0,150	L				Anforderung über AAK-Profil "Autoimmune Enzephalitis"
AAK gegen CASPR2	2	0,15	S	negativ			CASPR = Contactin-assoziiertes Protein 2 in spannungsabhängigen Kaliumkanälen (VGKC) klinische Assoziation: limbische Enzephalitis, Neuromyotonie,
		0,15	L				Morvan-Syndrom Anforderung über AAK Brefil "Auteimmung Enzenhalitie"
							Anforderung über AAK-Profil "Autoimmune Enzephalitis"
AAK gegen CCP (cyclisches citrulliniertes Peptid)	2	0,05	S	< 5		U/ml	Diagnostischer / prognostischer Marker für die rheumatoide Arthritis. (Diagnostische Sensitivität: 70 - 80 %, diagnostische Spezifität: >95%)

Analyt	Beleg	Erforderliche Menge (ml)	Material	Referenzbereich	Dimension	Bemerkungen
AAK gegen CenpA / B- Protein	2	0,05	S	negativ		Immunoblot (qualitativ) zum Nachweis von AAK gegen Zentromere A und B (Hauptantigene der Zentromeren-AK); kann nicht direkt angefordert werden, sondern wird vom Labor veranlasst bei nicht eindeutigen, niedrigtitrigen Zentromeren-AK im IFT oder Immunfluoreszenzmischmuster an HEp-2-Zellen.
AAK gegen CV2	2	0,05 1,0	S L	negativ negativ		Anforderung: paraneoplastische Antikörper neurologische Symptome: limbische Enzephalitis, Myelitis, Opticusneuritis, Retinopathie, Uveitis, Lambert-Eaton-Syndrom, sensible Polyneuropathie häufig assoziierte Carcinome: Bronchial-CA, Uterus-CA, Thymom
AAK gegen Desmoglein 1 und 3	2	0,1	S	Desmoglein 1 negativ < 14 grenzwertig 14-20 positiv > 20 Desmoglein 3 negativ < 7 grenzwertig 7-20 positiv > 20	U/ml	ELISA (quant.) bei V.a. Pemphigus und zur Bestätigung eines positiven IFT (Stachelzelldesmosomen-AAK)
AAK gegen DFS70	2	0,05	S	negativ		DFS = Dense fine speckled Antigen = lens epithelial derived growth factor ANA-IFT-Muster (HEp2-Zellen): feingesprenkelt, Mitose positiv Ein positiver Anti-DFS70-Befund kann in einigen Fällen ANA- Muster erklären, denen man keinen krankheitsspeziffischen Autoantikörper zuordnen kann. Anforderung über ANA-Differenzierung
AAK gegen DNER	2	2 0,150 S 0,150 L	negativ		DNER / Tr = Purkinjezellprotein klinische Assoziation: Kleinhirndegeneration	
			L			Anforderung über AAK-Profil "Autoimmune Enzephalitis"

Analyt	Beleg	Erforderliche Menge (ml)	Material	Referenzbereich	Dimension	Bemerkungen
AAK gegen DPPX	2	0,150	S	negativ		DPPX = Dipeptidyl-aminopeptidase-like protein 6 (regulatorische Untereinheit der spannungsabhängigen Kaliumkanälie Kv4.2 Klinische Assoziation: Enzephalomyelitis
		0,150	L			
AAK gegen ds-DNA (ELISA)	2	0,150	S	<100	IU/ml	Diagnose- und Verlaufsparameter für SLE
AAK gegen ds-DNS (Crithidiae luciliae-IFT)	2	0,2	S	1:<10	Titer	IFT (quantitativ) an Crithidiae luciliae zur Abklärung bzw. Bestätigung von dsDNS-AK / ELISA. handschriftlich oder in ORBIS unter Bemerkungen anfordern!
AAK gegen EJ	2	0,2	Serum	negativ		Antigen: Glycyl-t-RNA-Synthetase-Antikörper = gehört zusammen mit den AAK gegen Jo1, PL7, PL12 und OJ zu der Gruppe der Aminoacyl-tRNA-Synthetase-AK = Marker für idiopathische, autoimmune Myositiden, meist in Verbindung mit einer interstitiellen Lungenerkrankung
						Anforderung über Myositis-Profil
AAK gegen ENA (Screening)	2	0,2	S	negativ		ELISA - qualitativer Screeningtest zum Nachweis von AAK gegen extrahierbare, nukleäre Antigene (SS-A, SS-B, SCL-70, RNP und Sm). Bei positivem ENA-Screening erfolgt eine (qualitative) Differenzierung.
AAK gegen ENA (Differenzierung)	2	0,2	S	negativ		Immunoblot / ELISA-Profil zur Differenzierung der ENA-AK: AK gegen SSA (Ro52/Ro60), SSB, SCL70, Sm- und RNP-AK: Indikation: Abklärung Kollagenose, hochtitriger ANA.
AAK gegen Endomysium (IgA)	2	0,2	S	1:<10	Titer	IFT (quantitativ) auf Affenösophagus-Kryostatschnitten Indikation: glutensensitive Erkrankungen (Sprue / Zöliakie, Dermatitis herpetiformis Duhring)

Analyt	Beleg	Erforderliche Menge (ml)	Material	Referenzbereich	Dimension	Bemerkungen
AAK gegen Erythrozyten	7	10	Nativblut			Diagnostische Angaben erforderlich!
-Kälteagglutinine und -hämolysine			(weißer Verschluß)			Material für Käteagglutinine und -hämolysine im körperwarmen Wasserbad ins Blutdepot bringen.
-Wärmeagglutinine und -hämolysine						Untersuchung auf Wärmeagglutinine und -hämolysine im Rahmen der Abklärung einer Immunhämolyse. Telefonische Rücksprache (2782) erforderlich!
AAK gegen Fibrillarin	2	0,05	S	negativ		ANA-Subspezifität mit nukleolärem Muster Diagnostischer und prognostischer Marker der Skerodermie
						Anforderung über Sklerodermie-Panel
AAK gegen GABA	2	0,150	S	negativ		Antigen = extrazelluläre Domäne der GABAb-Untereinheit des Rezeptors Klinische Assoziation: limbische Enzephalalitis
		0,150	L			Anforderung über AAK-Profil "Autoimmune Enzephalitis"
AAK gegen Ganglioside (MAG-, GM1-AK, GM2- AK, GD1a, GD1B-AK, GQ1B-AK)	2	0,1	S	negativ		qualitativer ELISA Indikation: immunvermittelte Neuropathien z.B. mulitfokale Motorneuropathie, Guillain-Barré-Syndrom, Miller-Fisher- Syndrom, sensorische Neuropathie.
AAK gegen Gewebs- transglutaminase (lgA)	2	0,05	S	< 20	U/ml	Hauptantigen der AK gegen Endomysium. Zusammen mit den Endomysium- (IFT) und Gliadin-Ak diagnostischer Marker und Verlaufsparameter bei gluten-sensitivien Erkrankungen (Sprue/Zöliakie, Dermatitis herpetiformis Duhring).
AAK gegen glatte Muskulatur (ASMA)	2	0,2	S	1:<20	Titer	quantitiativer IFT auf Rattenorgan-Kryostatschnitten. Bei Nachweis von ASMA-Titer > / = 1:80 werden Antikörper gegen Aktin mitbestimmt. (Indiaktion: V.a. AIH)
						zusammen mit anderen AK bei autoimmunen Lebererkrankungen im "AIH / PBC-Panel"

A == = 1.14	Beleg	Erforderliche	Material	Referenzbereich	Dimansian	Bemerkungen
Analyt	Бегед	Menge (ml)	Maieriai	Kejerenzbereich	Dimension	Бетегкипдеп
AAK gegen glomeruläre Basalmembran (GBM)	2	0,2	S	1:<10	Titer	Quantiativer IFT auf Affenniere-Kryostatschnitten und ELISA. Bei eiligen Anforderungen bitte telefonische Anmeldung (3846)
						Anforderung über Vaskulitis Blot
AAK gegen gp210	2	0,05	S	negativ		Autoantiköper, der in der IFT an HEp2-Zellen ein membranöses Muster verursacht. Weitgehend spezifisch für PBC. Anforderung handschriftlich oder in Orbis unter Bemerkung
						zusammen mit anderen AK bei autoimmunen Lebererkrankungen im "AIH / PBC-Panel"
AAK gegen H+K+-ATPase	2	0,05	S	negativ		siehe auch AAK gegen Parietalzellen
AAK gegen Haut	2	0,5	Serum	1:<10		Untersucht wird auf Autoantikörper gegen Haut, die bei Phemphiguserkrankungen und dem bullösen Pemphigoid vorkommen.
						Screening mit IFT an Ösophagusschnitten und Spalthaut Differenzierung der Muster mittels ELISA: Siehe auch unter AAK gegen BP180/230 bzw. Desmoglein1/3
AAK gegen Histone (H1, H2A, H2B, H3, H4)	2	0,05	S	negativ		Immunoblot/ELISA zum Nachweis von AK gegen Histone (H1, H2A, H2B, H3, H4) (Indikation: Diagnostik bei V.a. bei SLE und drug-induced lupus)
AAK gegen Hu (ANNA-1)	2	0,05	S	negativ		Anforderung über paraneoplastische AAK Neurologische Symptome: sensorische Neuronopathie,
		0,1	L			Kleinhirndegeneration, limbische Enzephalitis assoziierte Tumore: kleinzelliges Bronchial-CA, Mamma-CA etc
AAK gegen lgLON5	2	0,150	S	negativ		lgLON5 = Zelladhäsionsmolekül der lg-Superfamilie klinische Assoziation: Parasomnie, Tauopathie
		0,150	L			Anforderung über AAK-Profil "Autoimmune Enzephalitis"

Analyt	Beleg	Erforderliche Menge (ml)	Material	Referenzbereich	Dimension	Bemerkungen
AAK gegen Intrinsic factor	2	1	Serum	negativ		spezifischer Marker für die Autoimmungastritis (diagnostische Sensitivität ca. 50-70%). Der gleichzeitige Nachweis von Intrinsic-Faktor-Antikörper und Parietalzell-AK erhöht die Aussagekraft der Diagnose. Bei ca. 96% der Patienten ist mindestens ein Antikörper, bei ca. 30 % sind nur Intrinsic-Faktor-AK nachweisbar.
AAK gegen ITPR1	2	0,150	S	negativ		ITPR1 = Inositol 1,4,5-Triphosphat Rezeptor 1 (= anti-Sj) klinische Assoziation: zerebelläre Ataxie
		0,150	L			Anforderung über AAK-Profil "Autoimmune Enzephalitis"
AAK gegen Jo1	2	0,1	S	negativ		Immunblot zum Nachweis von AK gegen Jo-1. Indikation: Myositis, fibrosierende Alveolitis, Arthritis
AAK gegen Kerne	2	0,2	S			siehe AAK gegen Zellkerne
AAK gegen Ku	2	0,05	S	negativ		Indikation: Nach klinischem und serologischem Ausschluss definierter Kollagenosen ist die Bestimmung von Ku-Antikörpern in Betracht zu ziehen bei V.a. auf Polymyositis / Sklerodermie- Overlap-Syndrom, pulmonaler Hypertonie und Differenzial- diagnositik von Myositiden
AAK gegen LC1 (Liver Cytosol Antigen 1)	2	0,05	Serum	negativ		Immunoblot. Bei AIH, meist zusammen mit LKM1-AK
AAK gegen LGI-1	2	0,150	S	negativ		LGI1 = Leucinreiches in Gliomen inaktiviertes Protein 1, ist Bestandteil der VGKC (spannungsabhängigen Kaliumkanälen) klinische Assoziation: limbische Enzephalitis
		0,150	L			Anforderung über AAK-Profil "Autoimmune Enzephalitis"
AAK gegen LKM (Mikrosomen der Leber und Niere)	2	0,2	S	1:<20	Titer	IFT(quantitativ) auf Rattenorgan-Kryostatschnitten. Bestätigung positiver Ergebnisse mittels Leber-Western-Blot. (Indikation: V.a. primär oder sekundäre AIH)

Analyt	Beleg	Erforderliche Menge (ml)	Material	Referenzbereich	Dimension	n Bemerkungen
AAK gegen LP (Liver-PanKreas-Antigen)	2	0,05	S	negativ		Syn.: AAK gegen SLA
AAK gegen Ma-2/Ta	2	0,05 1,0	S L	negativ		Anforderung: paraneoplastische Autoantikörper assoziierte neurologische Symptome: Rhombenzephalitis, limbische Enzephalitis häufig assoziierte Carcinome: Hoden-CA
AAK gegen MAG	2	0,1	S	negativ		MAG= Myelin-Assoziiertes Glykoprotein. Anti-MAG-Ak scheinen bei monoklonalen IgM-Gammopathien ursächlich an der Demyelinisierung der betroffenen Nervenbahnen beteiligt zu sein und können im Serum mit einer Frequenz von über 50% nachgewiesen werden. Die chronisch inflammatorische demyelinisierende Polyneuropathie (CIPD) geht mit langsam progredienten, symmetrisch betonten Paresen einher und weist in Einzelfällen eine Ak-Bildung gegen MAG auf. Anforderung: über Gangliosid-AK
AAK gegen MDA5	2	0,05	S	negativ		IFT an HEp2-Zellen: zytoplasmatisches Muster Diagnose- und Prognosemarker für die Dermatomyositis Anforderung: Myositis-Panel
AAK gegen Mi2	2	0,050	S	negativ		Immunoblot. Diagnostischer Marker für die autoimmune / idiopathische Myositis (5-12%), adulte (15 - 31%) und juvenile (10 - 15 %) Dermatomyositis. Differenzierung Mi2alpha und Mi2beta-Untereinheit Anforderung: direkt als Einzelparameter oder zusammen mit anderen myositisrelevanten AK im Myositis-Panel
AAK gegen Mitochondrien	2	0,2	S	1:<20	Titer	IFT(quantitativ) auf Rattenorgan-Kryostatschnitten. Bei Nachweis von AMA in der Immunfluoreszenz erfolgt die Bestimmung der AMA-Typ2 mittels ELISA. (Indikation: V.a. primär destruierende Cholangitis / primär biliäre Zirrhose)

Analyt	Beleg	Erforderliche	Material	Referenzbereich	Dimension	Bemerkungen
AAK gegen Mitochondrien Typ II	2	Menge (ml) 0,05	S	negativ		ELISA (qualitiativ) und Immunoblot (qualitativ) zum Nachweis der AAK gegen die Pyruvatdehydrogenase (70kD-Protein = Antigen der AMA-Typ 2). (Indikation: V.a. primär destruierende
AAK gegen MOG (=Myelin- Oligodentro- zyten Glykoprotein)	2	0,1	S	1:<10		Cholangitis / primär biliäre Zirrhose). Marker für demyelinisierende ZNS-Erkrankungen Anforderung in Orbis gemeinsam mit AAK gegen Aquaporin-4
AAK gegen MUSK (muskelspezifische Rezeptor-Tyrosinkinase)	2	0,05	S	negativ		qualitativer Test MuSKAAK sind hochpezifisch für die Mysthenia gravis. Sie sind in ca. 30-40% der Patienten mit "seronegativer" (negativ für ACHR-AK), vorwiegend generalisierter MG zu finden. Anforderung in Orbis: gemeinsam mit ACHR-AK
AAK gegen Myelo- peroxidase (MPO-AK)	2	0,05	S	<20	U/ml	quantitativer ELISA zum Nachweis von AK gegen die Myeloperoxidase (MPO) (Folgeuntersuchung pANCA)
AAK gegen NMDA- Rezeptor	2	0,150 0,150	S L	negativ		NMDAR-AK = AAK gegen N-Methyl-D-Asparat-Rezeptor Rezeptor gehört zur Gruppe der Glutamatrezeptor-AK Klinische Assoziation: limbische Enzephalitis, New-Onset- Epilepsie etc.
AAK gegen NOR 90	2	0,05	S	negativ		Anforderung über AAK-Profil: Autoimmune Enzephalitis IFT-Muster an HEp2-Zellen: nukleolär AK vor allem mit Sklerodermie, Raynaund-Symptom und Sjögren-Syndrom assoziiert Anforderung über Sklerodermiepanel
AAK gegen Nukleosomen	2	0,05	S	negativ		Antigen besteht aus Histonen und helikaler DNA IFT-Muster an HEp2-Zellen: homogen (AC-1) Krankheitsassoziation: SLE (diagn. Sensitivität: 56-90%) druginduced Lupus, Kollagenose und autoimmune Lebererkrankungen Anforderung: ANA-Differenzierung

Analyt	Beleg	Erforderliche Menge (ml)	Material	Referenzbereich	Dimension	Bemerkungen
AAK gegen NXP2	2	0,05	S	negativ		Immunoblot NXP2 = nukleäres Matrixprotein 2 NXP2-AAK sind spezifisch für die idiopathische Myositis, Assoziation mit Dermatomyositis in jüngeren Lebensalter, Kalzinose und schwerem Verlauf. Anforderung: nur zusammen mit anderen myositisrelevanten Ak im Myositisblot
AAK gegen OJ	2	0,2	Serum	negativ		Antigen: Isoleucyl-t-RNA-Synthetase-AK = gehört zusammen mit AAK gegen Jo1, PL7, PL12 und OJ zu der Gruppe der Aminoacyl-tRNA-Synthetase-AK = Marker für idiopathische, autoimmune Myositiden, meist in Verbindung mit einer interstitiellen Lungenerkrankung
AAK gegen Parietalzellen	2	0,05	S	negativ	U/ml	ELISA (qualitativ) zum Nachweis von AK gegen die H+-K+-ATPase. Indikation: V.a. chronisch atrophische Gastritis, perniziöse Anämie, Polyendokrinopathie.
AAK gegen PCNA	2	0,05	S	negativ		Immunoblot PCNA = Proliferating cell nuclear antigen PCNA-AAK ergeben im IFT an HEp2-Zellen ein pleomorph gesprenkeltes Immunfluoreszenzmuster (AC-13) seltener, hochspezifischer Marker für den SLE, assoziiert mit Nieren- ZNS-Manifestation und Thrombopenie Anforderung: nur zusammen mit anderen nukleären Autoantikörper im ANA-Differenzierungsprofil
AAK gegen PDGFR	2	0,05	S	negativ		Immunoblot PDGFR = platelet-derived growth factor-Rezeptor spezifischer Marker für die systemische Sklerose AAK stimulieren die PDGF-Rezeptoren und induzieren eine erhöhte Kollagen Typ 1-Genexpression Anforderung: nur zusammen mit anderen sklerodemieassoziierten AK im Sklerodermie-Panel

Analyt	Beleg	Erforderliche Menge (ml)	Material	Referenzbereich	Dimension	Bemerkungen
AAK gegen Phospholipide		0,1	S			siehe AAK gegen Cardiolipin (IgG/IgM) bzw. b2-Glykoprotein-AK (IgG / IgM) bzw. Plasmatauschversuch / Lupus Antikoagulans
AAK gegen PL7 und PL12	2	0,050	Serum	negativ		Diese AAK gehören zur Gruppe der Aminoacyl-tRNA- Synthetase-Antikörper (zu der auch Jo1-AK, OJ- und EJ-AK gehören). Klinische Bedeutung: Diagnostischer Marker idiopathischer Myositiden und des Anti-Synthetase-Syndroms bzw. fibrosierender Alveolitiden. Anforderung: zusammen mit anderen myositisassoziierten AK im Myositis-AK-Panel Beleg 2).
AAK gegen PLA2- Rezeptor	2	0,05	S	< 14	U/ml	PLA2-Rezeptor = Phospholipase-A2-Rezeptor AAK gegen PLA2-Rezeptor sind hochspezifische Marker der idiopathischen membranösen Glomerulonephritis (IMN). Sie sind in ca. 75 % der IMN, nicht aber bei sekundären Formen der membranösen Nephritis, anderen glomerulären oder autoimmunen Erkrankungen nachweisbar. PLA2-R-AK korrelieren mit der Krankheitsaktivität. Bei der Anforderung von PLA2-R-AK werden immer THSD7-AK mitbestimmt.
AAK gegen PML	2	0,05	S	negativ		Immunoblot PML = Promyelozyten-Leukämie-assoziiertes Protein im Zellkern im IFT an HEP1-Zellen: multiples nuclear dot-Muster (AC-6) PML-AK werden in ca. 20% der PBC-Patienten gefunden Anforderung: nur zusammen mit mit anderen AIH / PBC- relevanten Autoantikörpern im AIH-/PBC-Panel
AAK gegen PMSCL	2	0,050	S	negativ		Immunoblot 2 Untereinheiten: PM75 und PM 100 im IFT an HEp2-Zellen: homogen nukleoläres Muster Indikation: V.a. Polymyositis-Sklerodermie-Overlap-Syndrom). Bestimmung bei nukleolärem ANA-Muster.

Analyt	Beleg	Erforderliche Menge (ml)	Material	Referenzbereich	Dimension	Bemerkungen
AAK gegen Proteinase 3 (PR3-AK)	2	0,05	S	< 20	U/ml	quantitativer ELISA zum Nachweis von AAK gegen Proteinase 3 (Folgeuntersuchung bei positivem cANCA)
AAK gegen Ri (ANNA-2)	2	0,05 0,1	Serum Liquor	negativ		Anforderung über AAK-Profil: paraneoplastische AK Neurologische Symptome: Hirnstamm-Enzephalitis Mit Ri assoziierte Tumore: v.a. Mamma-CA, kleinzelliges Bronchial-CA
AAK gegen Ribosomen	2	0,2	S	negativ		Immunoblot zum Nachweis von AK gegen ribosomale Phosphoproteine (P0,P1,P2). Indikation: V.a. SLE im IFT an HEp2-Zellen: diffus zytoplasmatisches Muster
AAK gegen RNA- Polymerase III	2	0,05	S	negativ		Immunoblot (Differenzierung in die beiden Untereinheiten Protein III A (155 kDa) und Protein IIIb (138 kDA) im IFT an HEp2-Zellen: granuläre nukleoplasmatisches sowie nukleoläres Muster Spezifische Ak für die Sklerodermie, assoziiert mit diffuser oder extensiver Hautmanifestaton, Nieren- und Gelenkbeteiligung Anforderung: nur zusammen mit anderen sklerodermieassoziierten AAK im Sklerodermie-AAK-Panel
AAK gegen RNP		0,2				Immunoblot / ELISA Wird im Rahmen der ENA-Differenzierung bei positivem ENA- Screeningtest durchgeführt. Mittels Immunoblot erfolgt Differenzierung der RNP-AK in AAK gegen: U1-70K, U1-A und U1-C;
AAK gegen SAE 1	2	0,05	S	negativ		Immunoblot SAE = SUMO-aktivating enzyme; SUMO = small ubiquitin-like modifier) seltener AAK bei adulter Dermatomyositis ohne eindeutige Assoziation mit Tumoren oder interstitieller Lungenerkrankung. Anforderung: nur zusammen mit anderen myositisassoziierten AK im Myositis-AK-Panel

Analyt	Beleg	Erforderliche Menge (ml)	Material	Referenzbereich	Dimension Bemerkungen
AAK gegen SCL70		0,2			Immunoblot / ELISA Wird im Rahmen der ENA-Differenzierung bei positivem ENA- Screeningtest durchgeführt. Diagnostischer Marker der systemischen Sklerose
AAK gegen SLA (soluble liver antigen)	2	0,05	S	negativ	ELISA (qualitivativ) Syn. AAK gegen LP
AAK gegen Sm		0,2	S	negativ	Immunoblot / ELISA Wird im Rahmen der ENA-Differenzierung bei positivem ENA- Screeningtest durchgeführt. siehe AAK gegen ENA
AAK gegen SP100	2	0,05	S	negativ	Immunoblot. Untersuchung bei ANA-Muster "nuclear dots" und V.a. autoimmune Lebererkrankung (PBC, AIH).
AAK gegen SRP	2	1	Serum	negativ	SRP = signal recognition partikel DD Myositismarker / rapid progressive proximale Muskelschwäche Diagnostischer Marker für die Polymyositis mit einer Spezifität von nahezu 100% und einer Sensitivität von 4-6%. SRP-positive Patienten weisen in der Regel keine Gelenk- und Hautbeteilligung, selten eine Lungenbeteiligung auf.
AAK gegen SSA		0,2	S	negativ	Immunoblot / ELISA Wird im Rahmen der ENA-Differenzierung bei positivem ENA- Screeningtest durchgeführt.Differenzierung der SSA-AK: R052- AK und R060-AK. Siehe AAK gegen ENA
AAK gegen SSB		0,2	S	negativ	Immunoblot / ELISA Wird im Rahmen der ENA-Differenzierung bei positivem ENA- Screeningtest durchgeführt.

Analyt	Beleg	Erforderliche Menge (ml)	Material	Referenzbereich	Dimension	Bemerkungen
AAK gegen Th/To	2	0,05	S	negativ		Immunoblot alte Bezeichnung: Wa-AAK Antigen: RNA assoziierte Proteine von 18-120 kDa) im IFT an HEp2-Zellen: homogen nukleoläres Muster (AC-8) Marker der systemischen Sklerose, in ca. 4-15% nachweisbar, häufiger bei der limitierten Form, allerdings mit schweren internen Manifestationen (z.B. Lungenfibrose, renale Krise) assoziiert Anforderung: nur zusammen mit anderen sklerodermieassoziierten AAK im Sklerodermie-AK-Panel
AAK gegen THSD7A	2	0,2	Serum	1:<10	Titer	THSD7A-Ak werden neben PLA2-R-Ak als weitere relevante Antikörper für die Differenzialdiagnostik einer primären membranösen Glomerulonephritis beschrieben. Diese sind gegen das Antigen THSD7A ("thrombospondin type-1 domaincontaining 7 A") gerichtet, welches wie PLA2-R auf der Podozytenmembran exprimiert wird. Während PLA2-R-Ak mit einer Sensitivität von 78 % und Spezifität von 99 % bei Patienten mit primärer membranöser Glomerulonephritis nachgewiesen werden können, treten THSD7A-Ak bei 2,5-5 % der Patienten auf. Meist werden THSD7A-Ak solitär, also nicht gemeinsam mit PLA2-R-Ak nachgewiesen.
AAK gegen Thyreoglobulin	2		S			siehe Thyreoglobulin-Antikörper
AAK gegen thyreoidale Peroxidase (TPO-AAK)	2		S			siehe TPO-AK

Analyt	Beleg	Erforderliche Menge (ml)	Material	Referenzbereich	Dimension Bemerkungen
AAK gegen TIF-1	2	0,05	S	negativ	Immunblot TIF1 = transcription intermediary factor 1 im IFT an HEp2-Zellen kann ein nukleäres fengranuläres Muster sichtbar sein. Ein negativer Befnd schließt TIF1-AAK nicht aus. spezifischer Marker für die Dermatomyositis, bei Erwachsenen Assoziiation mit maligner Grunderkrankung ("cancer associated myositis") Assoziation mit juveniler Dermatomyositis ohne Tumorassoziation
AAK gegen Titin	2	0,05	S	negativ	Immunoblot Syn.: MGT30-AK hochspezifischer Marker für die Myasthenia gravis vor allem bei Patienten < 60 Jahren mit Thymomen und bei Patienten > 60 Jahren (late-onset) gefunden. Sie sind selten oder nur extrem selten bei doppelt-seronegativer MG (ACHR- und MUSK-AK negativ) zu finden. Anforderung Beleg 2 / AAK gegen ACHR/MUSK/Titin-AK
AAK gegen tRNA-Syn- thetase		0,2			siehe AAK gegen Jo1, AAK gegen PL7, PL12, OJ und EJ
AAK gegen TSH-Rezeptor (TRAK)	2		S		siehe TSH-Rezeptor-Antikörper (TRAK)
AAK gegen Yo	2	0,05	Serum Liquor	negativ negativ	Paraneoplastischer, onkoneuronaler AAK. Neurologische Symptome: Kleinhirndegeneration, Chorea assoziierte Tumore: Ovarial-CA, Mamma-CA, Kleinzelliges Bronchial-CA, Thymom

Analyt	Beleg	Erforderliche Menge (ml)	Material	Referenzbereich	Dimension	Bemerkungen
AAK gegen Zellkerne (ANA)	2	0,3	S	1:<100	Titer	Screeningtest (quantitativ) zum Nachweis von antinukleären Antikörpern (ANA). Methode: indirekter Immunfluoreszenztest (IFT) an HEp2-Zellen Die IFT-Musterbezeichnung erfolgt anhand der ICAP-Nomenklatur (International consensus on standardized antinuclear antibody HEp2-Zellen)
						Folgeteste: 1. ANA >/= 1:400, IFT-Muster gesprenkelt oder homogen und bislang keine Untersuchung auf ENA-AK durchgeführt wurde, dann wird zur weiteren Differzierung ein ENA-Screening durchgeführt.
					2. ANA >/= 1:100 und IFT-Muster nukleolär, dann wird zur weiteren Differenzierung das Sklerodermiepanel durchgeführt.	
						3. IFT an HEp2-Zellen mit deutlichem zytoplasmatischem Muster, dann wird ein zytoplasmatisches AK-Profil (Ribosomen, M2, Jo1, SRP, PL7,PL12, OJ, EJ, SSA) durchgeführt.
						4. IFT an HEp2-Zellen mit deutlichem mitotischem Muster , dann wird dies im Befund mitgeteilt.
AAK gegen Zentromeren	2	0,05	S	1:<10	Titer	IFTan HEp-2-Zellen (Indikation: Sklerodermie, v.a. limitierte Verlaufsformen) Bei unklarem oder niedrigtitrigen Zentromer-Ak CenpB-ELISA.
AAK gegen zytoplasm. Antigene in neutrophilen Granulozyten (ANCA); c-ANCA /p-ANCA	2	0,2	S	1:<16	Titer	IFT (quantitativ) an neutrophilen äthanolfixierten Granulozyten als Screeningtest zum Nachweis von ANCA. Bei positivem Ausfall: Differenzierung cytoplasmatische (cANCA) / perinukleäre ANCA (pANCA)

		+				
Analyt	Beleg	Erforderliche Menge (ml)	Material	Referenzbereich	Dimension	Bemerkungen
AAK-Profil: Autoimmune Enzephalitis	2	0,150	Serum	negativ		AAk-Profil "Autoimmune Enzephalitis" beiinhaltet folgende AAK AAK gegen NMDAR, AMPR1/2, LGI1, CASPR, DPPX, GABA B1/B2, YO, DNER, ITPR1, CARP und IgLON5:
		0,150	Liquor	negativ		Bestimmung in Serum und Liquor
AAK-Profil: Autoimmune Lebererkrankungen	2	0,5	S	negativ		Nachweis von AAK gegen LKM1, LC1, RO52, SLA/LP, gp210, PML, SP100, AMA-M2
AAK-Profil: ENA- Screening	2	0,5	S	negativ		Nachweis von AAK gegen SSA, SSB, SCL70 / Topoisomerasel, Sm, RNP
AAK-Profil: Myositis	2	0,5	S	negativ		Nachweis von AAK gegen: Mi2, TIFgamma, MDA5, NXP2, SAE1, Ku, Jo1, PL7, PL12, OJ, EJ, PMSCL, SRP, RO52
AAK-Profil: Paraneoplastische AK	2		Serum Liquor	negativ		Nachweis von AAK gegen Hu (ANNA-1), Ri (ANNA2), Yo (PCA1), CV2 / CRMP, MA1, MA2/Ta, Amphiphysin, GAD65, Tr, Zic4, SOX1
AAK-Profil: Sklerodermie- Panel	- 2	0,2	Serum	negativ		AAK gegen SCL70 / Topoisomerase I, CenpA/B, RPM, RP155, Fibrillarin, NOR 90, TH / To, PMSCL, Ku, PDGFR
AAK-Profil: Vaskulitis	2	0,5	S	negativ		Nachweis von AAK gegen glomeruläre Basalmembran (GBM), Myeloperoxidase (MPO) und Proteinase 3 (PR3)
ACE (Angiotensin – Converting Enzym)	2	0,5	S	Erwachsene > 18 Jahre: 20 – 70 Kinder: 6 Monate bis 18 Jahre: 29 – 112	U/I	Blutabnahme nüchtern ACE Hemmer 4 Wochen vor Bestimmung absetzen. Lipämische und hämolytische Seren führen zu falschen Werten und werden nicht bearbeitet. Verlaufsparameter zur Beurteilung der Sarkoidose.
			L	< 2		Bestimmung von ACE im Liquor nur unter Vorbehalt und nach Rücksprache mit zuständigem Arzt. Referenzbereich nur als nur grob orientierend.

Analyt	Beleg	Erforderliche Menge (ml)	Material	Referenzbereich	Dimension	Bemerkungen
ACTH	2	0,5	P (EDTA)	7,2 - 63,3 (morgens)	pg/ml	EDTA-Blut in Eiswasser schicken, keine Glasgefäße verwenden
ADAMTS13-Aktivität	3	korrekt gefüllte Monovett e	Citratblut	60,6 - 130,6	%	
Adenovirus Antigen	5	erbsgroß	Stuhl	negativ		Antigen - Immunoassay
Adenovirus DNA (quantitativ)	4	5 1	EDTA- oder Citratblut, Augenabstrich Liquor und andere SM	nicht nachweisbar Nachweisgrenze: <273	Kopien / ml	
Adenovirus DNA (qualitiativ)	4	1	Rachenabstrich BAL u.a. SM	negativ		Achtung: Die Bearbeitung von inhomogenem Probenmaterial (z.B. BAL, Knochenmark, Stuhl) führt zu erheblichen Schwankungen (10er Potenz) in der Quantifizierung! Das Ergebnis muss semiquantitativ gewertet werden.
Adrenalin	2	5	SU angesäuert	Erw. bis 20	μg/24h	siehe Katecholamine.
AFP (alpha-Feto-Protein)	2	0,5	S SM	> 1 J.: 0 - 7	ng/ml	bei Säuglingen können Werte im mg/ml-Bereich auftreten!
AK gegen Gliadin IgG (GAF-3X-IgG) AK gegen Gliadin IgA (GAF-3X-IgA)	2	0,05 0,05	S	negativ < 25	U/ml	ELISA (quant.) zum Nachweis von Antikörpern gegen rekombinantes Gliadinfusionspeptid der Klasse IgA und IgG. (Indikation: Sprue/Zöliakie-Diagnostik)

Analyt	Beleg	Erforderliche Menge (ml)	Material	Referenzbereich	Dimension	Bemerkungen
Akanthozyten im Urin	1	5 ml	Urin	< 5	%	Präanalytik: Mittelstrahlurin / 2. Morgenurin Anforderung über Harnstatus: Bei Erythrozytenzahl im Urin > 100 /µl werden die Erythrozyten im Sediment auf Dysmorphiezeichen untersucht und der Anteil dysmorpher Erythrozyten bzw. Akantozyten angegeben. Akanthozyten im Urin > 5%: Hinweis für eine glomeruläre Hämaturie (siehe auch dysmorphe Erythozyten) zu beachten: Sedimentuntersuchungen nur während Routinearbeitszeiten von Mo-Fr (8.00-15.00 Uhr)
AKI / AKS	7	9	EDTA			Siehe Antikörperidentifizierung / Antikörpersuchtest
Aktinomyzeten	6		Eiter, Sekrete, Punktate, Gewebe			Kultureller Nachweis mit verlängerter Bebrütungszeit
Aktives Vitamin B12						siehe Holo-Transcobalamin
ALAT (Alanin- Aminotransferase)						siehe GPT
Albumin	1	0,5	P (Li-Hep) L U	0-4 Tage: 44 4 Tage - 14 Jahre: 14 Jahre -18Jahre: 45 Erwachsene: 11,0 - 35,0 0 - 20	g/l mg/dl mg/g Krea	Erfolgt die Blutentnahme nicht am liegenden Patienten oder nach mindestens 15minütigem Sitzen, ist aufgrund der Hämokonzentration mit einer 5-10%igen Erhöhung der Albuminkonzentration zu rechnen. siehe auch Proteinprofil im Liquor siehe auch Proteinurieabklärung mit quantitativer Bestimmung von Einzelproteinen im Urin (Albumin, alpha1-Mikroglobulin und IgG) bzw. Mikroalbuminurie

Analyt	Beleg	Erforderliche Menge (ml)	Material	Referenzbereich	Dimension	Bemerkungen
Aldosteron	2	0,5	EDTA-Plasma	< 1 Jahr: 50 - 900 1 - 5 Jahre: 30 - 310 5 - 10 Jahre: 30 - 350 10 - 15 Jahre: 20 - 220 > 15 Jahre: liegend: 11,7 - 236 stehend: 22,1 - 353	ng/l	Indikation: arterieller Hypertonus, primärer / sekundärer Hyperaldosteronismus, Störung des Natriums-, Kaliumhaushaltes, Bartter-Syndrom Die Aussagekraft ohne gleichzeitige Bestimmung des Reninwertes ist beschränkt Die Berechnung des Aldosteron-Renin-Quotienten erfolgt automatisch, wenn Aldosteron und Renin im gleichen Auftrag vorliegen. Präanalytik beachten: - Entnahme 8-00 - 9.00 Uhr morgens - bei prämenopausalen Frauen Abnahme in der 1. Zyklushälfte - ausgewogene Elektroytzufuhr für mind. 2 Tage; Kaliumdefizit ausgleichen - ACE-/ AT-1-Inhibitoren und Diuretika rechtzeitig absetzen - Spironolacton 2 Wochen vor Untersuchung absetzen falsch niedrige Werte: durch beta-Blocker, zentrale a-Rezeptorantagonisten, Antazida, Kortikosteroide falsch hohe Werte:
Aldosteron-Renin- Quotient	2			< 20		Sympathikotonika, Saluretika, Laxanzien, Ovulationshemmer rechnerische Größe Die Berechnung des Aldosteron-Renin-Quotienten erfolgt automatisch, wenn Aldosteron und Renin im gleichen Auftrag angefordert sind.

Analyt	Beleg	Erforderliche Menge (ml)	Material	Referenzbereich	Dimension	Bemerkungen
Alkalische Phosphatase	1	0,5	P (Li-Hep)	Erwachsene: w: 35-105 m: 40-130 Für Kinder: w / m 0-14 Tage: 83-248 15 Tage -<1 Jahr: 122-469 1-<10 Jahre: 142-335 10-<13 Jahre: 129-417 m: 13-<15 Jahre: 116-468 m: 15-<17 Jahre: 82-331 m: 17-<19 Jahre: 55-149 w: 13-<15 Jahre: 57-254 w: 15-<17 Jahre: 50-117 w: 17-<19 Jahre: 45- 87	U/I	membrangebunde Zellenzyme, die in großer Menge im Skelettsytem, im Leberparenchym und in den Gallenwegsepithelien lokalisiert sind.
Alkohol	1	0,5	P (Li-Hep)	< 0,1 (Nachweisgrenze: 0,1 g/l)	g/l	präanalytyische Hinweise: Zur Reinigung der Haut alkoholfreie Desinfektionslösung verwenden! Probenröhrchen vollständig füllen. Die im ILM verwendete Methode ist nicht für forensische Zwecke geeignet!! Die Umrechnung der Serumkonzentration (g/L) in die Vollblutkonzentration (g/kg = Promille) erfolgt durch Teilung durch 1,236. Dies entspricht dem Verhältnis der Wassergehalte von Serum (91%) zu Vollblut (76%).
Alpha-1-Antitrypsin	1	0,3	S P (Li-Hep)	90-200	mg/dl	Da alpha1-Antitrypsin zu den Akute-Phase-Proteinen zählt, können Entzündungen bei angeborenem Mangel zu falsch normalen Ergebnissen führen.
Alpha-1-Mikroglobulin						Marker der tubulären Rückresorption siehe Proteinurieabklärung

Analyt	Beleg	Erforderliche Menge (ml)	Material	Referenzbereich	Dimension	Bemerkungen
Aminolävulinsäure (ALA)	2	10 ml	Spontanurin	im Sammelurin: 0,25 - 6,4 1,9 - 49	mg/ Tag µmol / Tag	erhöhte Werte bei: akut-intermittierende Porphyrie, Porphyria variegata, angeborene Coprophorphyrie, Eisenvergiftung, angeborene Tryosinämie, ALAD-Mangel (homozygot)
			(Lichtgeschützt)	im Spontanurin: negativ <2,6 grenzwertig 2,6-6,91 positiv > 6,91	µmol / mmol Krea	leicht erhöhte Werte können auftreten bei diabet. Ketoazidose, SS, Porphyria cutanea tarda, Antiepileptika, maligne Erkrankungen. Medikamente: (z.B. Aminoacetat, hohem Ammoniak, Glucosamine, Penicillin)
				,		erniedrigt durch Cisplatin
Ammoniak	1	0,5	P (EDTA)	w: 18,7-86,9 m: 27,2-102	µg/dl	Unbedingt unmittelbar nach Blutentnahme, gekühlt in Eiswasser (s.III.5) ins Labor schicken.
Amöbenantigen						siehe Parasitenantigen
Amphetamine	1	0,5	P (Li-Hep)	cut-off-Wert: 300	ng/ml	multiparametrisches Drogenscreening im Serum oder Urin Kalibratorsubstanz: Amphetamin . Nachweisbarkeitsdauer im Blut: ca. 6 h
		5	U	cut-off-Wert: 500		Nachweisbarkeitsdauer im Urin: 1 bis max. 3 Tage (bei saurem Urin rasche Elimination)
Ampicillin	2	0,25	P (EDTA)	therapeut. Bereich ist erregerabhängig	mg/l	Anforderung von Tal- oder Peakspiegel, gekühltes EDTA-Blut, Beurteilung anhand MHK
ANCA (AK gegen neutrophile cytoplasmatische Antigene)		0,2				siehe AAK gegen zytoplasmatische Antigene in neutrophilen Granulozyten
Antibiogramm	6					wird bei positivem kulturellen Erregernachweis mittels MHK-Bestimmung oder Agardiffusionstest durchgeführt Die Beurteilung erfolgt gemäß EUCAST (ggf. auch gemäß CLSI)

Analyt	Beleg	Erforderliche Menge (ml)	Material	Referenzbereich	Dimension	Bemerkungen
Antibiotika (HPLC)	2	0,25	P (EDTA) gekühlt			siehe Einzelsubstanzen (Ampicillin, Cefepim, Ceftazidim, Linezolid, Meropenem, Piperacillin, Tazobactam)
Anti-DNase B	5	1	S	< 14 Jahre: < 75 >= 14 Jahre: < 200	U/ml U/ml	siehe auch Streptokokken-Antikörper
Antigenaustestung A1, A2, D(w)	7	9	EDTA			bei Blutgruppenbestimmung und Kreuzprobe erforderliche Zusatzuntersuchung, kann nicht angefordert werden
Antigenaustestung (sonstige Antigene)	7	9	EDTA			bei Kreuzprobe evtl. erforderliche Zusatzuntersuchung, kann nicht angefordert werden
Anti-HAV gesamt						siehe Hepatitis A Virus Serologie
Anti-HAV-IgM						siehe Hepatitis A Virus Serologie
Anti-HBc						siehe Hepatitis B Virus Serologie
Anti-HBc-lgM						siehe Hepatitis B Virus Serologie
Anti-HBe						siehe Hepatitis B Virus Serologie
Anti-HBs						siehe Hepatitis B Virus Serologie
Anti-HCV						siehe Hepatitis C Virus Serologie
Antikörper-Elution	7	9	EDTA			siehe Immunhämolyse (Abklärung)
Antikörper-Identifizierung (AKI)	7	9	EDTA			bei positivem Antikörpersuchtest erforderliche Zusatzuntersuchung zur Identifizierung von Wärme- oder Kälte-Antikörpern, kann nicht angefordert werden

Analyt	Beleg	Erforderliche Menge (ml)	Material	Referenzbereich	Dimension	Bemerkungen
Antikörpersuchtest (AKS)	7	9	EDTA			
Antikörpertiter	7	9	EDTA			Austitrierung eines erythrozytären Antikörpers im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge
Anti-Streptolysin O	5	1	S	0 - 18 Jahre: < 150 18 - 120 Jahre: < 200	IU/ml IU/ml	turbidimetrische Bestimmung siehe auch Streptokokken-Antikörper
APC-Resistenz	3	korrekt gefüllte Mono- vette	Citratblut	wird beurteilt		Bitte im Freitextfeld anfordern Beurteilung des Protein C-Systems, Anforderung ggf nach RS bei unklarer Thromboseneigung
Apixaban	3	korrekt gefüllte Mono- vette	Citratblut	abhängig von Dosierung und Zeitpunkt der Blutent- nahme		=> siehe DOAK
Argatroban	3	korrekt gefüllte Mono- vette	Citratblut	abhängig von Dosierung und Zeitpunkt der Blutent- nahme	ng/ml	Bitte handschriftlich anfordern Kalibrierte Messung der Anti-IIa-Aktivität => Angabe des Medikamentenspiegels
ASAT (Asparat- Aminotransferase)						siehe GOT
Ascites-Zytologie	3	1	Ascites			Bestimmung von Zellzahl und Zellart Angaben zur (Verdachts-)Diagnose erforderlich!

Analyt	Beleg	Erforderliche Menge (ml)	Material	Referenzbereich	Dimension	Bemerkungen
Aspergillus Antigen	5	2	S, BAL	< 25	pg/ml	Ein negatives Ergebnis schließt das Vorliegen einer invasiven Aspergillose nicht aus, da die Antigenkonzentration unterhalb der Nachweisgrenze (1ng Galaktomannan/ml) liegen kann. Hochrisikopatienten sollten regelmäßig untersucht werden (z. B. 2x/ Woche): 2 Proben mit positivem Index sind ein starker Hinweis auf eine Aspergillus-Infektion. Die Interpretation eines positiven Antigenindex kann nur in Zusammenschau aller vorliegenden Informationen erfolgen: Risikofaktoren, klinischer Verlauf, Bildgebung, kultureller/histologischer Nachweis von Schimmelpilzen. Zu beachten ist, dass der Nachweis von Aspergillus-Antigen vor dem Auftreten von weiteren Befunden, die für eine Aspergillose sprechen, positiv werden kann. Falsch-positive Resultate: Serumproben von Neugeborenen (durch intestinale Besiedlung mit Bifidobakterien), andere Schimmelpilze: (Penicillium, Alternaria, Paecilomyces etc.), Patienten mit gestörter Darmmukosa, selten bei Infusion von bestimmten Chargen Piperacillin/ Tazobactam oder Amoxicillin/ Clavulansäure.
Aspergillus spp.	6		BAL, Sputum, Abstrich, Punktate			Kultureller Nachweis

Analyt	Beleg	Erforderliche Menge (ml)	Material	Referenzbereich	Dimension	Bemerkungen
AT III (Antithrombin III)	1	korrekt gefüllte Mono- vette	Citratblut	83 - 118	%	
atypische Mykobakterien- PCR aus Direktmaterial (= nicht-tuberkulöse Mykobakterien, NTM)	4	1 ml	Sputum, Punktat, respirator. Mat.	nicht nachweisbar		Der Direktnachweis mittels PCR ersetzt nicht die Kultur! Die mikrobiologische Kultur (Beleg Nr. 6) ist sensitiver als der Direktnachweis von atypischen Mykobakterien mittels PCR. Differenziert werden könnnen: M. avium, M. chelonae, M. abscessus-Komplex, M. fortuitum- Gruppe, M. gordonae, M. intracellulare, M.scrofulaceum und M. intracellulare, M. malmoense, M.interjectum, M.szulgai, M.kansasii, M.marinum und M.ulcerans, M.xenopi, M.tub Komplex. Bei gleichzeitiger Anwesenheit von M. tub-Komplex-DNA ist die PCR auf atypische Mykobakterien unverwertbar.
Auto-Ak-Wärme	7	9	EDTA			siehe AAK gegen Erythrozyten
Bakterien-Antigen- Schnelltest	3	1	L	negativ		Latex-Agglutinationstest für folgende Bakterien: H. influenzae b, S. pneumoniae, N. meningitidis A, C, Y, W 135 N. meningitidis B/E.coli (Kreuzreaktion), Streptokokken B
BAL (broncho-alveoläre Lavage)	3	50	BAL	Alveolarmakroph.: > 84 Lymphozyten: < 13 Segmentkernige: < 3 T4/T8-Ratio: 1,6 - 2,0	% % %	Bestimmung von Zellzahl und Zellart und ggf. von T4- und T8- Lymphozyten. Für Mat. unterschiedlicher Lokalisation jeweils einen eigenen Anforderungsbeleg verwenden! Eiskühlung erforderlich! (Bakteriologische Untersuchungen auf Beleg 6)
Barbiturate	1	0,5	P (Li-Hep)	cut-off-Wert 200	ng/ml	multiparametrisches Drogenscreening im Serum oder Urin Kalibratorsubstanz: Secobarbital
		5	U	cut-off Wert 200		Zur Bewertung der Ergebisse siehe Kreuzreaktivitätstabelle im Infoboard ILM / Allgemeine Informationen/ Testinformationen

Analyt	Beleg	Erforderliche Menge (ml)	Material	Referenzbereich	Dimension	Bemerkungen
Bartonella henselae Antikörper (IgG und IgM)	5	1	Serum	negativ (COI < 0,9)		gramnegatives, stabförmiges Bakterium und Erreger der "Katzenkratzkrankheit". Vorkommen: weltweit Übertragung: überwiegend durch Kratzer / Bisse junger Katzen Klinik: betroffen sind vor allem Kinder; bei Immunkompetenten meist selbstlimitierende Erkrankung mit Lymphoadenopathie im Kopf-Halsbereich; bei immunkomprimitierenden Patienten oft langanhaltende und systemische Infektion (bazilläre Angiomatose, Peliose, Hepatitis, Pneumonie, Endokarditis, Enzephalitis) Kreuzreaktionen mit Brucellen-, Coxiella burnetti- und C. pneumoniae-AK, hochtitrige Rheumafaktoren und ANA sind beschrieben
Bence-Jones-Proteinurie						siehe Paraproteinämiediagnostik im Urin
Benzodiazepine	1	0,5 5	P (Li-Hep) U	cut-off-Wert: 200 cut-off-Wert: 200	ng/ml	Diagnostik über multiparametrisches Drogenscreening im Serum oder Urin Kalibratorsubstanz.: Oxazepam Nachweisbarkeitsdauer im Blut: Mehrere Stunden bis wenige Tage Nachweisbarkeitsdauer im Urin: je nach Halbwertszeit des Benzodiazepins mehrere Stunden bis einige Wochen (nach Langzeiteinnahme)
						Zur Bewertung der Ergebisse siehe Kreuzreaktivitätstabelle im Infoboard ILM / Allgemeine Informationen/ Testinformationen

		1				
Analyt	Beleg	Erforderliche Menge (ml)	Material	Referenzbereich	Dimension	Bemerkungen
beta-2-Mikroglobulin	1	0,5	P (Li-Hep) L	0,8 - 2,2 <1,8	mg/l mg/l	b2-Mikroglobulin - ist der Tumormarker der 1. Wahl zur Therapie- und Verlaufskontrolle diverser maligner lymphoproliferativer Erkrankungen, insbesondere Hodgkin-Lymphome, Non- Hodgkin-Lymphome, Burkitt-Lymphom sowie Plamozytom/multiples Myelom dient zur Beurteilung der Progression einer HIV-Infektion.
Bilirubin direkt	1	0,5	P (Li-Hep)	0 - 0,3	mg/dl	Interferenz (falsch hohe Bilirubinwerte) durch Indocyangrün (Fluoreszenzfarbstoff und Indikatiorsubstanz für verschiedene med. Anwendungen z.B. Leberfunktionsdiagnostik):
Bilirubin kapillär (nur für Patienten der Kinderklinik)	1	35 µl	Heparin- kapillare	0,1 - 1,2	mg/dl	Durchführung am Blutgasgerät Radiometer (Labor Kinderklinik)
Bilirubin neonatal	1	1 volle Kapillare	Kapillare mit Vollblut (Lichtschutz)	1. d.: bis 8,7 2. d.: 1,3 - 11,3 3. d.: 0,7 - 12,7 46. d.: 0,1 - 12,6	mg/dl	sofort nach Gewinnung lichtgeschützt verpackt ins Labor bringen
Bilirubin total	1	0,5	P (Li-Hep)	0 - 1,2	mg/dl	Interferenz (Werte falsch hoch) durch Indocyangrün (Fluoreszenzfarbstoff und Indikatorsubstanz für verschiedene med. Anwendungen z.B. Leberfunktionsdiagnostik) Referenzwerte bei Neugeborenen siehe neonatales Bilirubin
BKV DNA (quantitativ)	4	5	Serum, Urin, EDTA-Plasma	nicht nachweisbar Nachweisgrenze < 178	IU / ml	

Analyt	Beleg	Erforderliche Menge (ml)	Material	Referenzbereich	Dimension
Blutbild (klein) 1 rotes Blutbild	1	2	EDTA-Blut	Hb 2 - 12 M: 100 - 131 1 - 3 J: 107 - 130 3 - 6 J: 110 - 143 6 - 15 J: 119 - 155 F > 15 J: 120 - 160 M > 15 J: 140 - 180	g/l
				Hk 2 - 12 M: 30 - 43 1 - 3 J: 35 - 43 3 - 8 J: 31 - 41 8 - 14 J: 33 - 45 F > 14 J: 36 - 45 M > 14 J: 42 - 52	%
				Ery 1 - 3 W: 3,7 - 6,8 4 - 52 W: 3,1 - 5,2 1 - 3 J: 3,7 - 5,3 3 - 10 J: 3,7 - 5,8 F > 10 J: 4,1 - 5,3 M > 10 J: 4,5 - 6,1	/pl
				MCV 2 - 3 M: 81 - 125 3 - 12 M: 73 - 109 1 - 3 J: 73 - 101 3 - 7 J: 72 - 88 7 - 14 J: 69 - 93 > 14 J: 82 - 101	fl
				MCHC 2-12 M: 260 - 340 1-3 J: 260 - 340 3-14 J: 320 - 360 >14 J: 315 - 360	g/l
				MCH 0-3 T: 31,5 - 39,5 3-14 T: 30,0 - 39,0 14-30 T: 27,5 - 36,5 1-2 M: 26,0 - 35,0 2-3 M: 26,0 - 33,0 3-6 M: 24,5 - 33,0 6-12 M: 23,0 - 31,5 1-2 J: 23,5 - 31,0 2-4 J: 24,0 - 31,0 4-6 J: 24,5 - 31,0 6-12 J: 25,0 - 31,5 12-15 J: 26,0 - 32,5 15-18 J: 26,5 - 33,0	pg

Analyt	Beleg	Erforderliche Menge (ml)	Material	Referenzbereich	Dimension
				>65 J: 27,0 - 34,0	
Blutbild (klein) 2 Leukozytenzahl	1		EDTA-Blut	2 - 12 M: 5,5 - 18,0 1 - 2 J: 6,0 - 17,5 2 - 6 J: 5,0 - 15,0 6 - 12 J: 4,5 - 13,5 12 - 18 J: 4,5 - 13,0 > 18 J: 3,0 - 10,0	/nl
Blutbild (klein) 3 Thrombozytenzahl	1		EDTA-Blut	0 - 6 J: 220 - 530 6 - 11 J: 180 - 520 11 - 16 J: 155 - 450 > 16 J: 140 - 440	/nl

Analyt	Beleg	Erforderliche Menge (ml)	Material	Referenzbereich	Dimension
Differentialblutbild (%)	1	2	EDTA-Blut	Neutrophile (Stab- und Segmentkernige): 0 - 1 W: 21 - 79 1 - 52 W: 22 - 52 1 - 5 J: 32 - 68 5 -15 J: 35 - 69 > 15 J: 40 - 78	%
				Stabkernige: 0 - 1 W: 3 - 10 1 - 52 W: 2 - 8 1 - 15 J: 0 - 6 > 15 J: 0 - 5	
				Segmentkernige: 0 - 1 W: 30 - 60 1 - 52 W: 20 - 40 1 - 5 J: 20 - 50 5 - 15 J: 35 - 65 > 15 J: 50 - 70	
				Lymphozyten: 0 - 1 W: 15 - 60 1 - 52 W: 40 - 80 1 - 5 J: 35 - 75 5 - 15 J: 20 - 60 > 15 J: 20 - 50	
				Eosinophile: 0 - 1 J: 1 - 5 1 - 5 J: 2 - 10 5 - 15 J: 1 - 5 > 15 J: 0 - 10	
				Basophile: 0 - 15 J: 0 - 1 > 15 J: 0 - 3	
				Monozyten: 0 - 1 W: 2 - 10 1 - 52 W: 0 - 5 1 - 5 J: 1- 5 5 - 15 J: 0 - 4 > 15 J: 0 - 15	
				IGR: unreife Granulozyten	1

Analyt	Beleg	Erforderliche Menge (ml)	Material	Referenzbereich	Dimension
				Promyelozyten Myelozyten Metamyelozyten	

Analyt	Beleg	Erforderliche Menge (ml)	Material	Referenzbereich	Dimension
Differentialblutbild (absolut)	1		EDTA-Blut	Neutrophile 0 - 12 h: 3,9 - 20,5 12 - 24 h: 4,5 - 22,3 1 - 3 T: 3,3 - 15,5 3 - 7 T: 2,1 - 10,7 7 - 14 T: 1,5 - 8,9 14 - 30 T: 1,3 - 8,3 1 - 3 M: 1,3 - 7,9 3 - 6 M: 1,3 - 8,3 6 M - 2 J: 1,5 - 8,7 2 - 4 J: 1,5 - 8,5 4 - 6 J: 1,7 - 8,5 6 - 12 J: 1,7 - 8,1 12 - 18 J: 1,7 - 7,9 > 18 J: 1,5 - 7,7 Stabkernige: 0 - 12 h: 0,5 - 4,5 12 - 24 h: 0,6 - 4,7 1 - 3 T: 0,4 - 3,1 3 - 7 T: 0,2 - 2,5 7 - 30 T: 0,1 - 1,9 1 - 6 M: 0,1 - 1,3 6 M - 6 J: 0,05 - 1,2 > 6 J: 0,0 - 1,1 Segmentkernige: 0 - 12 h: 3,5 - 17,8 12 - 24 h: 3,8 - 18,5 1 - 3 T: 2,3 - 12,5 3 - 7 T: 1,3 - 8,5 7 - 30 T: 0,9 - 6,5 1 - 3 M: 1,1 - 6,2 3 - 6 M: 1,1 - 6,2 3 - 6 M: 1,1 - 6,8 6 - 12 M: 1,3 - 7,4 1 - 2 J: 1,3 - 8,0 2 - 4 J: 1,5 - 8,0 4 - 6 J: 1,6 - 7,8 6 - 12 J: 1,7 - 7,4 12 - 18 J: 1,7 - 7,2 Lymphozyten: 0 - 1 T: 1,8 - 9,8	/nl
				1 - 3 T: 1,8 - 11,2	

Analyt	Beleg	Erforderliche Menge (ml)	Material	Referenzbereich	Dimension
				1 - 3 M: 2,7 - 12,6 3 - 6 M: 3,0 - 12,2 6 - 12 M: 3,2 - 11,2 1 - 2 J: 3,0 - 10,0 2 - 4 J: 2,2 - 8,5 4 - 6 J: 1,8 - 7,0 6 - 12 J: 1,5 - 6,0 2 - 18 J: 1,2 - 5,0 18 - 65 J: 1,1 - 4,5 > 65 J: 1,1 - 4,0 Eosinophile: 0 - 1 T: 0,03 - 1,1 1 - 3 T: 0,03 - 1,0 3 - 7 T: 0,04 - 1,0	
				3 - 7 T: 0,04 - 1,0 7 - 14 T: 0,05 - 1,0 14 - 30 T: 0,05 - 0,95 1 - 3 M: 0,05 - 0,85 6 - 12 M: 0,05 - 0,8 1 - 2 J: 0,03 - 0,7 2 - 6 J: 0,02 - 0,75 6 - 12 J: 0,02 - 0,7 12 - 15 J: 0,02 - 0,65 15 - 18 J: 0,02 - 0,55 > 18 J: 0,02 - 0,5	
				Basophile: 0 - 1 T: 0,0 - 0,35 1 - 3 T: 0,0 - 0,3 3 - 14 T: 0,0 - 0,25 > 14 T: 0,0 - 0,2	
				Monozyten: 0 - 1 T: 0,2 - 2,7 1 - 14 T: 0,2 - 2,5 14 - 30 T: 0,2 - 2,3 1 - 3 M: 0,25 - 1,9 3 - 6 M: 0,25 - 1,7 6 - 12 M: 0,2 - 1,45 1 - 2 J: 0,15 - 1,2 2 - 4 J: 0,1 - 1,1 4 - 6 J: 0,1 - 1,0 6 - 15 J: 0,1 - 0,95 > 15 J: 0,1 - 0,9	

Blutgase 1 Blutkultur 6		rforderliche Menge (ml)	Heparin-Blut in	pH: 7 pCO2: - Frauen:	reich 7,37 - 7,45	Dimension	Bitte Probe gekühlt ins Labor bringen
	1	1	PICO-Spritze	pCO2:	7,37 - 7,45		· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·
Blutkultur 6						mmHg mmHg mmHg mmol/l mmol/l	Angebenene Referenzwerte beziehen sich auf arterielles Blut
		Erwachs ene: 8- 10 mL Blut pro Flasche*	Blut				Eine Blutkultur umfasst jeweils eine aerobe und eine anaerobe Flasche. Die Untersuchung beinhaltet die Inkubation in einem automatisierten System sowie im positivem Fall ein mikroskopisches Präparat, Erregeridentifizierung und Empfindlichkeitsprüfung. Die Blutkulturflaschen werden 7 Tage bebrütet. Bitte Indikationen für verlängerte Bebrütungsdauer (z.B. V.a. Brucellose) immer telefonisch mitteilen! Blutvolumen Kinder: < 20 kg KG gewichtsabhängig 1-10 mL Blut in die Peds-Flasche geben, bei größeren Blutvolumina die aerobe und die anaerobe Flasche beimpfen. Bei Kindern > 6 J. und > 20 kg KG bitte die aerobe und die anaerobe Flasche mit mind. jew. 5 mL beimpfen. *Bitte 2-3 Paare einsenden!

Analyt	Beleg	Erforderliche Menge (ml)		Referenzbereich	Dimension	Bemerkungen
Blutsedimentationskine- tik	1	1	EDTA-Blut	Kinder: 0 - 3 J.: 0 - 3 4 -15 J.: 0 - 13 Frauen: 16- 50 J.: 0 - 20 >= 50 J.: 0 - 25 Männer: 16- 50 J.: 0 - 15 >= 50 J.: 0 - 20	mm in der 1. Stunde	Der Wert wird im Gegensatz zur herkömmlichen Methode nach Westergren nicht durch Verdünnungseffekte, Anämie, Kälteagglutinine oder Paraproteine beeinflusst. Erhöhte Werte werden ausschließlich bei entzündlichen Prozessen gemessen. Die Untersuchung wird auch am Wochenende durchgeführt!
Blutungszeit, in-vitro (PFA 100 / 200 - Test)	3	korrekt gefüllte Mono- vette	Citratblut	PFA1-Test: 84 - 160 PFA2-Test: 68 - 121	sec	PFA1-Test Indikation: Suchtest für vWillebrandsyndrom und Thrombopathien, Screening von ASS-NON-Respondern => siehe auch Multiplate PFA2-Test Indikation: Differenzierung eines verlängerten PFA1-Tests DD: vWillebrandsyndrom/Thrombopathie oder Wirkung von ASS und anderen Schmerzmitteln
B-Lymphozyten	3	1	EDTA-Blut	Gesamt-B-Lymphozyten: 0 - 2 J.: 14 - 38 2 - 16 J.: 4 - 20 > 16 J.: 3 - 24	%	Verlaufskontrolle unter B-Zell-depletierender Therapie
Bordetella DNA	4	1	Rachenabstrich BAL u.a. SM	nicht nachweisbar		Nachweis von B. pertussis und B. parapertussis DNA
Bordetella parapertussis DNA	4		Nasopharyn- galabstrich	nicht nachweisbar		
Bordetella pertussis Antikörper	5	1	S	negativ negativ		B.pertussis IgG - Line B.pertussis IgA - Line Bei V.a. akute Infektion ist der Goldstandard die PCR aus Direktmaterial (Abstrich ohne Gel).
Bordetella pertussis DNA	4		Nasopharyn- galabstrich	nicht nachweisbar		Es handelt sich um einen RUO-Test.

Analyt	Beleg	Erforderliche Menge (ml)	Material	Referenzbereich	Dimension	Bemerkungen
Borrelia burgdorferi Antikörper	5	1	S, L	IgG-ELISA: negativ: <16 grenzwertig: >/= 16 - < 22 positiv >/= 22 IgM-ELISA negativ LINE-Assay: negativ	U/ml	Suchteste Folgeuntersuchung bei grenzwertigem oder positivem IgG - EIA und / oder grenzwertigem oder positivem
						IgM - EIA
				Antikörperindex: unplausibel: < 0,6 keine intrathekale AK- Synthese: 0,6-1,3 grenzwertig: 1,3-1,5 intrathekale Borrelien-AK- Synthese: >/= 1,5		Die Bestimmung des Antikörperindex erfolgt nur, wenn die Liquor - Screeningverdünnung positiv ist und Liquor und Serum zur Verfügung stehen
Borrelia DNA	4	1	Liquor Gelenkflüssig- keit Hautbiopsie	nicht nachweisbar		Nachweis von Borrelia burgdorferi sensu lato Komplex

Analyt	Beleg	Erforderliche Menge (ml)	Material	Referenzbereich	Dimension	n Bemerkungen
Brucellen-Antikörper (IgG und IgM)	5	500	Serum	negativ (COI < 0,9)		Die Brucellose ist eine Zoonose. Humanpathogen sind B. melitensis (Malta-Fieber), B. suis, B. abortus (Morbus Bang), und in geringem Maße B. canis. Das für den Menschen relevante Erregerreservoir ist Nutzvieh: B. abortus kommt bei Rindern, B.melitensis v.a. bei Ziegen und Schafen und B. suis bei Schweinen vor. Die Übertragung auf den Menschen erfolgt durch die Aufnahme infizierter Nahrungsmittel (z.B. nichtpasteurisierte Milchprodukte) oder durch direkten Kontakt mit infizierten Tieren und deren Ausscheidungen. Brucellosen treten bevorzugt bei Bauern, Tierärzten, Metzgern und Molkereipersonal auf, klinisch vielgestaltig mit meist undulierendem Fieber. Die höchsten Antikörpertiter werden in den ersten Krankheitswochen beobachtet (zweites Serum zum Nachweis eines Titeranstiegs einsenden), dann langsamer, oft Jahre dauernder Titerabfall.
C- Peptid	2	0,5	S	1,1 - 4,4	ng/ml	Erw. nüchtern
C1-Esterase-Inhibitor	3	korrekt gefüllte Mono- vette	Citratblut	80 - 130	%	
CA-125	2	0,5	S	0 - 35	U/ml	Referenzwert für Frauen.
CA-15/3	2	0,5	S	0 - 25	U/ml	Referenzwert für Frauen.
CA-19/9	2	0,5	S	0 - 27	U/ml	
CA-72/4	2	0,5	S	0 - 6,9	U/ml	

Analyt	Beleg	Erforderliche Menge (ml)	Material	Referenzbereich	Dimension	Bemerkungen
Calcitonin	2	0,5	S	Männer bis 9,5 Frauen bis 6,4 Säuglinge bis 40 Kinder (bis 3 J.) bis 15	pg/ml	
Calcium	1	0,5	P (Li-Hep)	0- 10 Tage: 1,9 - 2,11-365 Tage: 2,25 - 2,13 - 24 Monate: 2,25 - 2,13 - 12 Jahre: 2,20 - 2,13 - 18 Jahre: 2,10 - 2,19 - 60 Jahre: 2,15 - 2,161 - 90 Jahre: 2,20 - 2,191 - 120 Jahre: 2,05 - 2,191 -	75 70 55 60 55	Bei niedrigen Albuminwerten < 40 g/l wird automatisch das albuminkorrigierte Calcium berechnet.
		5	U	18 -120 Jahre: 2,5 - 7,5	5 mmol/24h	
Calcium, ionisiert	1	1ml	Heparin-Blut in PICO-Spritze (luftblasenfrei)	1,12 - 1,37	mmol/l	Untersuchung bitte telefonisch im Kernlabor 2760 anmelden.
Calprotectin im Stuhl	2	erbsgroß	Stuhl	< 50	µg/g Stuhl	Indikation: 1. Differentialdiagnose entzündliche Darmerkrankung vs.Reizdarmsyndrom 2. Verlaufsparameter bei chron. entzündlichen Darmerkrankungen
Campylobacter spp.	6	kirsch- groß	Stuhl			Kultureller Nachweis
Campylobacter Antikörper	5	1	S	negativ negatv		Campylobacter IgG - Line Campylobacter IgA - Line

			T.			
Analyt	Beleg	Erforderliche Menge (ml)		Referenzbereich	Dimension	Bemerkungen
cANCA		0,2				siehe AAK gegen zytoplasmatische Antigene in neutrophilen Granulozyten
Candida sp.	6		z.B. Blut in Mycosis- Blutkultur- flaschen, Punktate, Abstriche, etc.			Kultureller Nachweis, ggf. Antimykogramm Untersuchung von respiratorischen Materialien i.d.R. ohne klinische Relevanz.
Cannabinoide	1	0,5	P (Li-Hep)	cut-off-Wert: 50	ng/ml	Testung im Rahmen eines multiparametrischen Drogenscreening im Serum oder Urin
		5	U	cut-off-Wert: 50		bezogen auf THC-Carbonsäure als Kalibratorsubstanz
						Nachweisbarkeitsdauer im Blut: mehrere Tage je nach Menge Nachweisbarkeitsdauer im Urin: bei chron. Applikation einige Wochen
						Zur Bewertung der Ergebisse siehe Kreuzreaktivitätstabelle im Infoboard ILM / Allgemeine Informationen/ Testinformationen
Carbamazepin	1	0,5	P (Li-Hep)	therapeutischer Bereich 4,0 - 10,0	µg/ml	Der Zeitpunkt der Blutentnahme unmittelbar vor der nächsten Dosis. Die Überwachung der Medikamentenkonzentration stellt einen Indikator der individuellen Dosiseinstellung des Patienten
				toxischer Bereich > 10		dar. Der angegebene Bereich dient daher nur zusammen mit anderen klinischen Symptomen als Richtlinie. Er sollte nicht der einzige Indikator der Dosiseinstellung sein.
						Ursachen für erhöhte Werte: Überdosierung, Lebererkrankung Ursachen für erniedrigte Werte: Unterdosierung, mangelhafte Compliance
CD 34-Ag (Stammzellantigen)	3	1	EDTA-Blut			Verfahren der speziellen Hämatologie (II. Med. Klinik)

Analyt	Beleg	Erforderliche Menge (ml)		Referenzbereich	Dimension	Bemerkungen
CEA	2	0,5	S SM L	0 - 3,8 Auswertung im IgA- Liquor-Serum-Quotienten- Diagramm	ng/ml	Referenzwert gilt für Nichtraucher. (Raucher: bis 5,5 ng/ml)
Cefepim	2	0,25	P (EDTA)	herapeut. Bereich ist mg/l erregerabhängig		Anforderung von Tal- oder Peakspiegel, gekühltes EDTA-Blut, Beurteilung anhand MHK
Ceftazidim	2	0,25	P (EDTA)	therapeut. Bereich ist mg/l erregerabhängig		Anforderung von Tal- oder Peakspiegel, gekühltes EDTA-Blut, Beurteilung anhand MHK
Chlamydia pneumoniae Antikörper	5	1	S	negativ negativ		C.pneumoniae IgG Line C.pneumoniae IgA Line Bei V.a. akute Infektion wird der Direktnachweis mittels PCR empfohlen
Chlamydia psittaci Antikörper	5	1	S	negativ negativ		C.psittaci IgG - Line C.psittaci IgA - Line
Chlamydia trachomatis Antikörper	5	1	S	negativ negativ		C.trachomatis IgG Line C.trachomatis IgA Line Bei V.a. akute Infektion wird der Direktnachweis mittels PCR empfohlen.
Chlamydia trachomatis DNA	4	1	Cervikal- oder Urethral- abstriche, Augenabstriche Urin	negativ		Urin: erster Strahl Abstriche oder Ejakulat möglich

Analyt	Beleg	Erforderliche Menge (ml)		Referenzbereich	Dimension	Bemerkungen
Chlamydia trachomatis, nur LGV-DNA (Serotypen L1-3)	4	0,5	Urethral- Abstrich, vaginal- Abstrich	nicht nachweisbar		Der Nachweis von Lymphogranuloma Venerum (LGV)-DNA ist Bestandteil der Urethritis-Erreger (siehe dort)
Chlamydophila pneumoniae DNA	4	1	Rachenabstrich BAL u.a. SM	nicht nachweisbar		
Chlorid	1	0,5	P (Li-Hep)	0 - 30T: 98 - 113 1M - 90J: 98 - 107 90 - 120J: 98 - 107	mmol/l	Erhöhte Werte: Diarrhoe, renale tubuläre Azidose, Fieber, bei Nierenerkrankungen (Amyloidose, Sjögren-Syndrom, nephrotisches Syndrom), hyporeninämischer Hypoaldosteronismus (bei diabetischer Nephropathie,
		5	U SU	54 - 158 95 - 237	mmol/l mmol/24h	interstitieller Nephropathie) Erniedrigte Werte: Erbrechen, konnatale Chloridiarrhoe, Hyperaldosteronismus, M. Cushing 24h-Urin: Die Messwerte werden auf die Tagesausscheidung umgerechnet und in mmol/24h angegeben (Sammelzeit und -volumen angeben!)

Analyt	Beleg	Erforderliche Menge (ml)	Material	Referenzbereich	Dimension	Bemerkungen
Cholesterin	1	0,5	P (Li-Hep)	Zielbereiche(>18 J.): < 200 grenzwertig: 200-239 hoch: >/= 240 Referenzbereiche: <30 Tage: m: 54 bis 151 w: 62 bis 155 1-6 Monate m: 81 bis 147 w: 62 bis 141 7-12 Monate: m: 76 bis 216 1-3 Jahre: m: 85 bis 182 w: 108 bis 193 4-6 Jahre: m: 110 bis 217 w: 106 bis 193 7-9 Jahre: m: 110 bis 211 w: 104 bis 210 10-12 Jahre: m: 105 bis 223 w: 105 bis 223 w: 105 bis 218 13-15 Jahre: m: 91 bis 204 w: 108 bis 205 16-18 Jahre: m: 82 bis 192	mg/dl	Klinische Bedeutung: Die Hypercholesterinämie bzw. Hyperlipoproteinämie ist ein wichtiger atherosklerotischer Risikofaktor. Daher dienen Fettstoffwechseluntersuchungen insbesondere der Ermittlung des individuellen kardiovaskulären Risikos. Die Bestimmung des Gesamtcholesterinwertes alleine ist allerdings wenig aussagekräftig, daher ist dieser immer im Zusammenhang mit allen Parametern der Lipid-Basisdiagnostik (Gesamtcholesterin, Triglyzeride, LDL-Cholesterin, HDL-Cholesterin) zu interpretieren. Hinweis: Zielbereiche sind von Fachgesellschaften definierte Konzentrationsbereiche und nicht mit Referenzbereichen gleichzusetzen. Zu beachten: Referenzbereiche und Zielwerte von Lipidparametern sind Gegenstand neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse und Diskussion. 2016: Für die routinemässige Lipidbestimmung müssen Patienten entsprechend den Empfehlungen der "European Atherosclerosis Society (EAS)" und "European Federation of Clincall Chemistry and Laboratory Medicine (EFLM)" nicht mehr nüchtern sein.

D a1					
Beleg	Erforderliche Menge (ml)	Material	Referenzbereich	Dimension	Bemerkungen
			w: 92 bis 234		
					siehe HDL-Cholesterin und LDL-Cholesterin
1	0,5	P (Li-Hep)	0-15 Jahre m, w: 5320 - 12920 16-39 Jahre: m: 5320 - 12920 w: 4260 - 11250 schwanger 18-41 Jahre (bzw. Kontrazeptiva): w: 3650 - 9120 ab 40 Jahren: m, w: 5320 - 12920	U/I	Marker für die Lebersyntheseleistung Die CHE-Synthese erfolgt gekoppelt mit der Albumin-Synthese. CHE-Veränderungen, die nicht auf eine Störung der Lebersyntheseleistung zurückzuführen sind, zeigen deshalb kein gleichsinniges Verhalten zwischen CHE-Aktivität und Albuminkonzentration. Parallele Bestimmung von CHE und Serumalbumin ist sinnvoll. Zur Diagnostik atypischer CHE-Varianten (Dibucain-, Fluoridzahl) muss die Probe in ein Fremdlabor verschickt werden.
2	0,5	S	< 101	ng / ml	Tumormarker vor allem für die Verlaufskontrollen von funktionell inaktiven neuroendokrinen Tumoren Erhöhte Werte finden sich auch bei Einnahme bestimmter Medikamente (z.B. Säureblockereinnahme, Glucocorticoide), gastrointestinalen Erkrankungen (z.B. Pankreatitis, chron. atroph. Gastritis Typ A), Nierenerkrankung / -insuffizienz, andere Tumorarten (z.B. Mamma- oder Ovarial-CA), andere endokrine Erkranungen (Hyperparathyreoditis, Hyperthyreose, kardio-vaskuläre Ursachen (z.B. KHK, Herzinsuffizienz), entzündliche Erkrankungen (z.B. CED, RA, SIRS), Schwangerschaft, nach Mahlzeiten, durch Stress Tagesvariation ChromograninA: durchschnittlich ca. 30 %
	2	1 0,5	1 0,5 P (Li-Hep)	w: 92 bis 234 1 0,5 P (Li-Hep) 0-15 Jahre m, w: 5320 - 12920 16-39 Jahre: m: 5320 - 12920 w: 4260 - 11250 schwanger 18-41 Jahre (bzw. Kontrazeptiva): w: 3650 - 9120 ab 40 Jahren: m, w: 5320 - 12920	w: 92 bis 234 1 0,5 P (Li-Hep) 0-15 Jahre m, w: 5320 - 12920 16-39 Jahre: m: 5320 - 12920 w: 4260 - 11250 schwanger 18-41 Jahre (bzw. Kontrazeptiva): w: 3650 - 9120 ab 40 Jahren: m, w: 5320 - 12920

Analyt	Beleg	Erforderliche Menge (ml)	Material	Referenzbereich	Dimension	Bemerkungen
Ciclosporin A	1	1	EDTA-Blut	Therapeutische Bereiche (Talspiegel) Niere 14. Woche: 150-250 Erhaltungsdosis: 80-200 Herz 14. Woche: 200 -300 Erhaltungsdosis: 100 -250 Leber 14. Woche: 150-250 Erhaltungsdosis: 80 -200 Pankreas 14. Woche: 200-300 Erhaltungsdosis: 200-250 KMT 14. Woche: 100-300	ng/ml	Abnahme im 'steady state' unmittelbar vor Medikamentengabe (Talspiegel) und evtl. 2 h nach Gabe
				Erhaltungsdosis: 100-300		
CK (Creatinkinase)	1	0,5	P (Li-Hep)	Frauen Männer 0 -3 M: 29-303 43-474 3-12 M: 25-172 27-242 13-24M: 28-162 25-177 2-10 J: 31-152 25-177 11-14 J: 31-152 25-172 15-17 J: 34-147 28-142 >18 J: <170 <190	U/I	Bei erhöhtem CK-Aktivitäten erfolgt automatisch die Bestimmung der CK-MB-Aktivität

Analyt	Beleg	Erforderliche Menge (ml)	Material	Referenzbereich	Dimension	Bemerkungen
CK-MB	1	0,5	P (Li-Hep)	0 - 25 U/I		Untersuchung wird automatisch bei erhöhter Gesamt-CK durchgeführt CK-MB: üblich 6-25 % der Gesamt-CK-Aktivität CK-MB < 6% und erhöhte Gesamt-CK: V.a. Skelettmuskelschaden CK-MB > 25 % Verdacht auf Makro-CK oder CK-BB
Clostridium difficile / Toxin	6	erbsgroß	Stuhl			Indiziert bei Antibiotika-assoziierter Colitis 1. kultureller Nachweis 2. Toxinnachweis (CLIA) bei V.a. virulenten Stamm (z.b. Ribotyp O27) bitte telefonische Rücksprache
CMV Antikörper						siehe Cytomegalievirus Antikörper
CMV DNA						siehe Cytomegalievirus DNA
Cocain	1		P (Li-Hep) U	negativ		Drogenscreening-Test (siehe Kokain)
Coeruloplasmin	2	0,3	S	20 - 60	mg/dl	Transportprotein für Kupfer im Blut Indikation: Kupferstoffwechselstörungen (z.B. M. Wilson, M. Menkes) Bei Anforderung wird gleichzeitig Kupfer im Serum (gesamt) bestimmt und freies Kupfer berechnet (bei niedrigem Coeruloplasmin). Kupfer im 24h-SU (Gesamtkupferausscheidung) kann nicht im ILM bestimmt werden -> externer Versand.

Analyt	Beleg	Erforderliche Menge (ml)		Referenz	bereich	Dimension	Bemerkungen
CO-Hb	1	1	Heparin-Blut in PICO-Spritze (luftblasenfrei)			%	Mit klinischen Symptomen muss ab einer CO-Beladung von 15 % gerechnet werden, Lebensgefahr besteht bei Werten ab ca. 50 % aufwärts. Raucher können bis zu 10 % CO-Hb erreichen, bei Hämolysen fällt beim katalytischen Abbau des Hämoglobins mittels Hämoxigenase das toxische CO an. Dieses kann bei starker Hämolyse zu einem Anstieg des CO-Hb auf bis zu 30% führen.
Coronavirus-PCR	4		Abstrich,Sputu m				siehe SARS-CoV-2-PCR
Cortisol	2	0,5	S	8:00 : 18:00 :	6,0 - 18,4 2,7 - 10,5	µg/dl	Abnahmezeit angeben, da Tagesrhythmik.
		2	SU		, -,-	µg/24h	Urin nicht ansäuern! Sammelmenge und -zeit angeben.
		0,2	Speichel	08:00: 24:00 :	< 0,74 < 0,27	µg/dl	Urin kann derzeit nicht bearbeitet werden! (-> extern) Zur Speichelsammlung Salivette ohne Zitronensäure verwenden.
Cotinin	2	4	U	0 - 14 J: I > 14 J: I		μg/l	Cotinin ist ein Metabolit des Nikotins. Der Referenzwert gilt für Nichtraucher. Cut-off-Wert: 60 µg/l Spezialabnahmegefäß unter Tel. 2796 anfordern.
Coxiella burnetti Antikörper (IgG und IgM)	5	500	Serum	negativ			gramnegatives, kokkoides Stäbchenbakterium, obligat intrazellulär; Verursacher des Q-Fiebers
							Übertragung: aerogen über kontaminierten Staub oder Kot (vor allem von Schafen, Ziegen, Rinder) oder über Aufnahme infizierter Milch etc.
							Klinik: akut: atypische / interstitielle Pneumonie, Fieber, Kopf- und Gliederschmerzen; chronisch: Fieber, Organbefall (Hepatosplenomegalie, Endokarditis)
							Erkrankung ist meldepflichtig

Analyt	Beleg	Erforderliche Menge (ml)	Material	Referenzbereich	Dimension	Bemerkungen
CRP (C-reaktives Protein)	1	0,5	P (Li-Hep)	0 - 0,5	mg/dl	Akute-Phase-Protein, das im Rahmen von Entzündungen unterschiedlicher Genese ansteigt (10- 1000fach). Halbwertszeit: 24-48 Stunden
Cryptokokken Cryptococcus neoformans	6		Bronchial- sekret, Liquor			Mikroskopischer Nachweis (Tuschepräparat) kultureller Nachweis (Dauer max. 10 Tage)
Cryptosporidenantigen						siehe Parasitenantigen
Cyclosporin A						siehe Ciclosporin A
CYFRA 21-1	2	0,5	S	0 - 3,3	ng/ml	Cut-off: 3,3 ng/ml

Analyt	Beleg	Erforderliche Menge (ml)	Material	Referenzbereich	Dimension	Bemerkungen
Cystatin C	1	0,3	P (Li-Hep)	NG / SG / Kinder 0-1 M 1,1 - 2,2 2-12 M 0,5 - 1,4 120.J 0,5 - 1,0 Erwachsene Jahre Männer Frauen 20-29 0,6-1,03 0,57- 0,9 30-39 0,64-1,12 0,59-0,98 40-49 0,68-1,22 0,62- 1,07 50-59 0,72-1,32 0,64-1,17 60-69 0,77-1,42 0,66-1,26 >70 0,82-1,53 0,68-1,36		bei Erwachsenen: Bestimmung erfolgt nur bei Kreatininwerten < 1,5 mg/dl Die geschätzte glomuläre Filtrationsrate (estimated GFR) wird bei Erwachsenen und Kindern > 14 Jahren mittels der Formel nach Hoeck berechnet: eGFR (ml/min/1,73 qm) = -4,32 + 80,35/CystatinC bei Kindern im Alter von > 8 Tagen bis < 14 Jahre wird die eGFR mit der Formel nach Grubb berechnet: eGFR (ml/min/1,73 qm) = (130 × (CysC) ^(-1,069) × (Alter (Tage) / 365)^-(0,117)
				eGFR - Erwachsene Jahre Männer Frauen 20-29 77-179 71-165 30-39 70-162 64-149 40-49 63-147 58-135 50-59 56-130 51-120 60-69 49-113 45-104 70-79 42-98 39-90 80-89 35-81 32-75	ml/min/ 1,73m²	

Analyt	Beleg	Erforderliche Menge (ml)	Material	Referenzbereich	Dimension	Bemerkungen
Cytomegalievirus Antikörper	5	1	S	CMV-lgG: < 0,5 CMV-lgA: negativ	U/ml	IgG - ECLIA IgM - ECLIA
für Liquordiagnostik	5	S: 1 L: 1	S, L	cmv-Avidität: unplausibel: < 0,6 keine intrathekale Antikörper-synthese: 0,6- 1,3 grenzwertig: 1,3-1,5 intrathekale Antikörpersynthese: > 1,5		Avidität: bei positivem CMV-IgM zur Unterscheidung einer akuten Primärinfektion von einer länger zurückliegenden CMV-Infektion mit Reaktivierung: Eine hohe CMV-IgG-Avidität > 0,5 spricht für eine mehr als 5 Monate zurückliegende CMV- Primärinfektion. Berechnung des CMV - spezifischen Antikörper-IgG- Index (AI); Voraussetzung: Liquorproteinprofil, siehe Belegart 2
Cytomegalievirus DNA (quantitativ)	4	5 1	EDTA- Blut, Liquor u.a. SM	< 35	IU / ml	Die Analyse erfolgt werktags. Bei lebensbedrohlichen Notfällen am Wochenende bitte vorher Anmeldung beim Labor-Dienstarzt. Achtung: Die Bearbeitung von inhomogenem Probenmaterial (z.B. BAL, Knochenmark, Stuhl) führt zu erheblichen Schwankungen (10er Potenz) in der Quantifizierung! Das Ergebnis muss semiquantitativ

Analyt	Beleg	Erforderliche Menge (ml)	Material	Referenzbereich	Dimension	Bemerkungen
Dabigatran-Spiegel	3	korrekt gefüllte Mono- vette	Citratblut	abhängig von Dosierung und Zeitpunkt der Blutent- nahme	ng/ml	handschriftlich anfordern! erhöhtes Blutungsrisiko, wenn der Talwert (= Messwert vor der Einnahme der nächsten Dosis) folgenden Wert überschreitet: bei einer Dosis von zweimal 150 mg/d: 200 ng/ml bei einer Dosis von einmal 220 mg/d: 67 ng/ml Infos zu NOAK/DOAK Medikamentenspiegel unter Infoboard ITH Gerinnung
D-Dimer	1	korrekt gefüllte Mono- vette	Citratblut	< 500 (cut-off-Wert)	ng/ml	Der Referenzbereich beträgt 170 - 550 ng/ml. Bei dem angegebenen Wert von 500 ng/ml handelt es sich um den cut-off-Wert; unterhalb dieses Wertes kann eine neu aufgetretene (< 1 Woche) tiefe Beinvenenthrombose oder Lungenembolie mit höchster Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden (negativer Vorhersagewert > 99 %).
Demenzmarker (Profil): - gesamt-Tau - phospho-Tau - b-Amyloid1-42 - b-Amyoid 1-40	2	1,0	2ml Liquor	altersabhängig* < 61 > 600 b-Amyloid1-42/1-40-Ratio > 0,095	pg/ml	Gewinnung, Transport und Lagerung der Liquorprobe muss unbedingt in Polypropylen-Röhrchen erfolgen. Indikation: Untersuchung im Rahmen einer Demenzabklärung * Berechnung des oberen Wertes des Referenzbereichs für Gesamt-Tau: = 300+(Alter-30) x 5
Dermatophyten	4	ca 8-10 Schupp- en	Hautschuppen, Haare, Nägel			PCR
Dermatophyten-PCR	4		Haare, Hautschuppen, Nägel	nicht nachweisbar		Die Sensitivität der Untersuchung ist von der Menge des eingesannten Probenmaterials abhängig:10 Haarstümpfe mit Follikel oder mehr erzielen eine gute Sensitivität. Idealerweise wird das Material in 1,5 - 2,0 ml Röhrchen eingeschickt.
DHEA-Sulfat (DeHydro-Epi- Androsteron-Sulfat)	2	0,5	S		µg/dl	Referenzbereich stark alters- und geschlechtsabhängig. Befund enthält den entsprechenden Referenzbereich.

Analyt	Beleg	Erforderliche Menge (ml)	Material	Referenzbereich	Dimension	Bemerkungen
Digitoxin	1	0,5	P (Li-Hep)	10,0 - 30,0 (therapeut. Bereich)	ng/ml	Eliminations-Halbwertszeit: 6 - 8 Tage. Die Probenentnahme sollte 6 bis 24 Stunden nach der letzten oralen Digitoxindosis erfolgen. Zu diesem Zeitpunkt kann davon ausgegangen werden, dass die Serumdigitoxinkonzentration der Konzentration im Gewebe entspricht und mit der pharmakologischen Wirkung korreliert. Die Hersteller von Digitalis-Antidoten geben an, dass therapeutische Antikörper-Fragmente gegen Digitalis die Messungen von Digitalis-Immunoassays stören. Demzufolge können Konzentrationen falsch erhöht sein, wenn sie in der Gegenwart des Antidots gemessen werden.
Digoxin	1	0,5	P (Li-Hep)	0,80 - 2,00 (therapeut. Bereich)	ng/ml	Eliminations-HWZ ca. 1 – 2 Tage. Die Probenentnahme sollte 6 bis 24 Stunden nach der letzten oralen Digoxindosis erfolgen. Zu diesem Zeitpunkt kann davon ausgegangen werden, dass die Serumdigoxinkonzentration der Konzentration im Gewebe entspricht und mit der pharmakologischen Wirkung korreliert. zu beachten: Schwangere, Neugeborene und Patienten mit Leber- oder Nierenversagen können einen endogenen "digoxin-like immunoreactive factor" (DLIF) produzieren Ca. 10% Kreuzreaktivität zu Digitoxin. Bestimmung aus Plasmaproben: bis um 20% erniedrigte Werte Die Hersteller von Digitalis-Antidoten geben an, dass therapeutische Antikörper-Fragmente gegen Digitalis die Messungen von Digitalis-Immunoassays stören. Demzufolge können Konzentrationen falsch erhöht sein, wenn sie in der Gegenwart des Antidots gemessen werden.
Direkter Coombstest	7	9	EDTA	negativ		Diagnostische Angaben erforderlich! polyspezifisch, monospezifisch IgG, IgM, C3

Analyt	Beleg	Erforderliche Menge (ml)	Material	Referenzbereich	Dimension	Bemerkungen
DNA-Isolation für Kinderklinik	4		EDTA-Blut			Die DNA-Isolation (Präparation wird nur für die Kinderklinik durchgeführt)
DOAK (Direkte orale Antikoagulanzien)	3	korrekt gefüllte Mono- vette	Citratblut	abhängig von Dosierung und Zeitpunkt der Blutent- nahme	ng/ml	Einnahmezeitpunkt bzw. Infos zur Indikation der Messung Medikamentenangabe erforderlich Infos zu DOAK-spiegeln => Infoboard ITH Gerinnung Kalibrierte Bestimmung der Medikamentenspiegel für: Anti-Ila => Dabigatran, Argatroban Anti-Xa => Rivaroxaban, Apixaban, Edoxaban
Donath-Landsteiner-Ak	7	9	EDTA	negativ		siehe Abklärung (Auto)-Immunhämolyse (wegen Abnahmebedingungen vorher im Blutdepot (Tel. 2782) anrufen).
Dopamin	2	5	SU angesäuert	Erw. bis 492	μg/24h	siehe Katecholamine.
dysmorphe Erythrozyten im Urin	1	5 ml	U	< 30	%	Präanalytik: Mittelstrahlurin / 2. Morgenurin Anforderung über Harnstatus: Bei Erythrozytenzahl im Urin > 100 /µl werden die Erythrozyten im Sediment auf Dysmorphiezeichen untersucht und der Anteil dysmorpher Erythrozyten bzw. Akantozyten angegeben. Dysmorphe Erythrozyten im Urin > 30%: Hinweis für eine glomeruläre Hämaturie (s. hierzu auch Akanthozyten im Urin) zu beachten: Sedimentuntersuchungen nur während Routinearbeitszeiten von Mo-Fr (8.00-15.00 Uhr)
EBV Antikörper						siehe Epstein - Barr - Virus Antikörper
EBV DNA						siehe Epstein - Barr - Virus DNA

Analyt	Beleg	Erforderliche Menge (ml)	Material	Referenzbereich	Dimension	Bemerkungen
Edoxaban	3	korrekt gefüllte Mono- vette	Citratblut	abhängig von Dosierung und Zeitpunkt der Blutent- nahme		=> siehe DOAK
Eisen	1	0,5	P (Li-Hep)	Frauen Männer 0 - 1 T: 36-184 2 -30 T: 29-127 32-112 1-12 M: 25-126 27-109 1 - 3 J: 25-101 29-91 4 - 6 J: 28-93 25-115 7 - 9 J: 30-104 27-96 10-12J: 32-104 28-112 13-15J: 30-109 26-110 16-18J: 33-102 27-138 >18J: 37-145 59-158	µg/dl	Die Eisenkonzentration im Serum ist durch viele Stör- und Einflußgrößen (z.B. Nahrungszufuhr) beeinflußt und unterliegt einem ausgeprägten zirkadianen Rhythmus. Als einzelner Parameter ist die Eisenkonzentration daher nicht zur Beurteilung des Eisenstatus geeignet. Hierzu ist die Bestimmung von weiteren Parametern (z.B. Ferritin, Transferrinstättigung und löslicher Transferinrezeptor) erforderlich. Wird automatisch bei der Anforderung Transferrin / Transferrinstättigung bestimmt.
Eisenbindungskapazität	1					Siehe TEBK

Analyt	Beleg	Erforderliche Menge (ml)	Material	Referenzbereich	Dimension	Bemerkungen
Eiweiß-Elektrophorese im Serum	2	0,25	S	Erwachsene Albumin 51,7 - 65,9 a1-Globulin 1,9 - 4,0 a2-Globulin 8,7 - 15,9 b-Globulin 9,5 - 15,0 g-Globulin 10 - 20,4	rel. %	Screeningmethode zur Erfassung von Dys- und Paraproteinämien
				Albumin 3,0 - 5,0 a1-Globulin 0,12 - 0,3 a2-Globulin 0,54 - 1,1 b-Globulin 0,54 - 1,1 g-Globulin 0,57 - 1,1	g/dl	
				Neugeborene:1 5.Tag Albumin 50,9 - 65,1 a1-Globulin 2,6 - 4,3 a2-Globulin 8,9 - 13,7 b-Globulin 7,3 - 13,9 g-Globulin 9,5 - 20,0	rel. %	
				Albumin 2,79 - 4,18 a1-Globulin 0,15 - 0,26 a2-Globulin 0,45 - 0,89 b-Globulin 0,35 - 0,91 g-Globulin 0,57 - 1,3	g/dl	
				6.Tag - 10.Jahr Albumin 51,7 - 65,9 a1-Globulin 2,0 - 4,0 a2-Globulin 8,7 - 15,9 b-Globulin 9,2 - 15,0	rel. %	

Analyt	Beleg	Erforderliche Menge (ml)		Referenzbere	ich	Dimension	Bemerkungen
Eiweiß-Elektrophorese im Serum (Fortsetzung)				g-Globulin	7,0 - 20,4		
J ,				Albumin a1-Globulin a2-Globulin b-Globulin g-Globulin	3,3 - 4,75 0,1 - 0,3 0,54 - 1,12 0,52 - 1,10 0,43 -1,54	g/dl	
Elastase im Stuhl							siehe Pankreas-Elastase im Stuhl
Enterohämorrhagische E. coli (EHEC), Enteroinvasive E. coli (EIEC), Enteropathogene E. coli (EPEC)	6	erbsgroß	Stuhl				Nachweis von Virulenzgenen mittels PCR nach kultureller Anzüchtung von E.coli aus Stuhl.
Entzündungs-/ Eitererreger	6		Alle Materialien				Bakterienanzüchtung mit Identifizierung und ggf. Resistenzbestimmung
Enzymfärbung	3	1	EDTA-Blut EDTA-KM				Verfahren der speziellen Hämatologie (II. Med. Klinik) je nach Fragestellung gehören dazu: POX , PAS, Esterase und saure Phosphatase

Analyt	Beleg	Erforderliche Menge (ml)	Material	Referenzbereich	Dimension	Bemerkungen
Epstein - Barr - Virus Antikörper	5	1	S	negativ		heterophile Antikörper
·				< 20	AU/ml	EBNA 1 IgG - EIA
				negativ negativ		Folgeuntersuchung bei negativem EBNA1 IgG - EIA EBV IgG - Line EBV IgM - Line
						Indikation: Bei V.a. Reaktivierung (bei Immunsupprimierten) empfiehlt sich der Direktnachweis mittels PCR.
Epstein - Barr - Virus DNA (quantitativ)	4	5	EDTA- oder Vollblut, Liquor, SM	nicht nachweisbar Nachweisgrenze < 450	IU / ml	Achtung: Die Bearbeitung von inhomogenem Probenmaterial (z.B. BAL, Knochenmark, Stuhl) führt zu erheblichen Schwankungen (10er Potenz) in der Quantifizierung! Das Ergebnis muss semiquantitativ gewertet werden.

Analyt	Beleg	Erforderliche Menge (ml)	Material	Referenzbereich	Dimension	Bemerkungen
Erythroblasten			EDTA-Blut	0 - 2 T: 0,5 - 6,5 2 - 4 T: 0,0 - 2,0 4 - 7 T: 0,0 - 0,5 > 7 T: 0,0	%	Befund im Differentialblutbild (Untersuchung kann nicht direkt angefordert werden) Ein Vorkommen von Erythroblasten im peripheren Blut ist mit Ausnahme der ersten Lebenstage gellnerell als pathologisch zu bewerten. Liegt keine hämatologische Systemerkrankung zugrunde, kommt dieser Zellpopulation eine besondere Bedeutung zu. Ursache und Bedeutung von Erythroblasten im peripheren Blut: Ursache: Gesteigerte Produktion im Knochenmark durch erhöhten Verbrauch bei hämolytischen Anämien oder durch hohen Zellumsatz genetisch kranker Produkte bei myelodysplastischen Syndromen Verdrängte Produktion im Knochenmark durch Markfibrosierung, akute Leukämien, Knochenlimarkskarzinosen und daraus resultierende extramedulläre Blutbildung in Leber und Milz Störung der Blut-Knochenmarkschranke Insuffizienz der Milz durch Organschädigung Hämatopoetischer Stress durch z.B. schwere Infektion, Hypoxie oder starke Blutun
F VIII R: Ag (F VIII assoziiertes Protein)	3	korrekt gefüllte Mono- vette	Citratblut	Bei Blutgruppe 0. 42 - 141 bei Blutgruppe A, B, AB: 66 - 176	%	Diagnostische Angaben erforderlich Nachweis der vorhandenen Menge an vWillebrand-Faktor :
F VIII vWF (Ristocetin Cofaktor)	3	korrekt gefüllte Mono- vette	Citratblut	Bei Blutgruppe 0. 46 - 146 bei Blutgruppe A, B, AB: 61 - 179	%	Diagnostische Angaben erforderlich Funktionaler Test des vWillebrand-Faktors

Analyt	Beleg	Erforderliche Menge (ml)	Material	Referenzbereich	Dimension	Bemerkungen
Faktor I Fibrinogen nach Clauss	1	korrekt gefüllte Mono- vette	Citratblut	210 - 400	mg/dl	Standardmethode, falsch hohe Werte bei hochdosierter HES-Gabe falsch niedrige Werte in Gegenwart von hohen Mengen an Fibrinspaltprodukten
Faktor II, V, VII, IX, X, XI	3	korrekt gefüllte Mono- vette	Citratblut	70 - 120	%	Diagnostische Angaben erforderlich
Faktor V Leiden	3	1	EDTA- oder Citratblut			humangenetische Untersuchung, die eine Einverständniserklärung erfordert. Untersuchung zur Abklärung einer Thrombophilie mit Nachweis einer 1691G-A -Transition = R506Q-Mutation zu beachten: Antikoagulation (z.B. mit Heparin- oder Marcumar) stört nicht! (OMIM-G: 612309, OMIM-P: 188055)
Faktor VIII, XII	3	korrekt gefüllte Mono- vette	Citratblut	70 - 150	%	Diagnostische Angaben erforderlich
Faktor XIII	3	korrekt gefüllte Mono- vette	Citratblut	70 - 140	%	Diagnostische Angaben erforderlich

Analyt	Beleg	Erforderliche Menge (ml)	Material	Referenzbereich	Dimension	Bemerkungen
Ferritin	1	0,3	P (Li-Hep)	Kinder: 0 7. T: 25 - 200 2 4. W: 200 - 600 2 5. M: 50 - 200 6 12.M: 7 - 140 2 3. J: 6 - 67 4 6. J: 4 - 67 männlich: 7 12. J 13 - 68 13 17.J 14 - 152 > 18.J 30 - 400 weiblich: 7 - 12. J: 7 - 84 13 17.J 3 - 68 > 18 J: 13 - 150	ng/ml	Ferritin ist ein Protein mit der Fähigkeit zur spezifischen Aufnahme, Speicherung und Abgabe von Eisen. Die im Serum vorkommende minimale Ferritinmenge korreliert direkt zum Speichereisengehalt des retikulohistiozytären Systems und ist deshalb als diagnostische Größe für den Reserveeisengehalt des Organismus gut verwertbar. Bei malignen Erkrankungen oder entzündlichen Prozessen ist diese Korrelation nicht mehr gegeben. Eisenüberladung: bei Frauen > 200 ng/ml bei Männer > 400 ng/ml
			Liquor	< 15	ng/ml	Messung von Ferritin im Liquor dient dem Nachweis einer vermehrten Ferritinproduktion nach cerebralen Blutungen. Anforderung Beleg 1 / Liquor oder handschriftlich auf Beleg 3
Ferritin Index		300	P (Li-Hep)	Hinweis auf eine ausreichende Eisenversorgung: - bei CRP < 0,5 mg/dl: Ferritin Index <= 3,2: - bei CRP > 0,5 mg/dl Ferritin Index <= 2:		berechneter Wert aus löslichem Transferrinrezeptor u. Ferritin (= sTfR / log Ferritin) Referenzwerte abhängig vom Reagenzienhersteller (Roche)

Analyt	Beleg	Erforderliche Menge (ml)	Material	Referenzbereich	Dimension	Bemerkungen
Folsäure	2	0,5	S	3,9 - 26,8	ng/ml	Hämolysefrei abnehmen. Hämolytische Proben ergeben falsch erhöhte Ergebnisse und werden nicht bearbeitet. Wird stets zusammen mit Vitamin B12 bestimmt.
Fondaparinux-Spiegel (= Arixtra-Spiegel)	3	korrekt gefüllte Mono- vette	Citrat-Blut	siehe Bemerkungen	mg/l	Handschriftlich anfordern! Prophylaxe venöser Thromboembolien (VTE) mit 2,5 mg: Talwert (= vor Gabe): 0,14 - 0,19 mg/l 1-3 h nach Dosierung (Peak) 0,39 - 0,50 mg/l VTE-Therapie mit 5,0 mg (< 50 kg) 7,5 mg (50-100 kg) 10,0 mg (>100 kg) Talwert (= vor Gabe): 0,46 - 0,62 mg/l 1-3 h nach Dosierung (Peak) 1,20 - 1,26 mg/l
Fragmentozyten	1	2	EDTA-Blut		pro Tsd. Ery	γ Diagnostische Angaben erforderlich
Freie Leichtkette Kappa Freie Leichtkette Lambda Freie Leichtketten-Ratio	2	1 ml	S	Kappa: 3,3 - 19,4 Lambda: 5,7 - 26,3 Kappa/Lambda-Ratio*: 0,26-1,65 * methodenabhängige Grauzone: 0,26 -2,93 * bei eingeschränkter Nierenfunktion: 0,37 -3,1	mg/dl	Sensitiver Suchtest, der zusammen mit Eiweißelektrophorese und Serumimmunfixation dem Nachweis einer monoklonalen Gammopathie dient. Freie Leichketten im Serum können direkt angefordert werden; sie sich auch im Paraproteindiagnostik im Serum enthalten.
		1 ml	U	Kappa: 1,4 - 24,2 Lambda: 0,2 - 6,7 Kappa/Lambda-Ratio: 2,0 - 10,4		Untersuchung wird bevorzugt im Serum durchgeführt, in Einzelfällen (z. B. Amyloidose) kann die Bestimmung auch im Urin (eventuell Sammelurin) indiziert sein (bitte um telefonische Rücksprache)

Analyt	Beleg	Erforderliche Menge (ml)		Referenzber	reich	Dimension	Bemerkungen
freies Hb im Plasma	3	2	Lithium-Heparin	Normwert <	2 (ca.)	mg/dl	Bestimmung der Hämolyse im Verlauf z.B. bei Cardial-Assist-Device. Vorsichtige Abnahme, Monovette 2 x schwenken, persönlich ins Labor bringen (Keine KFA, Keine Rohrpost verwenden) - sonst ggf. Hämolyse im Material erhöht. Untersuchung nach tel. Absprache
Frühgeborenen- Screening	6		Rachenabstrich , Rektalabstrich				Screening (i.d.R. für Frühgeborene < 1500 g KG, Neugeborene auf der Intensivstation)
FSH	2	0,5	S		. .	mIU/mI	

Analyt	Beleg	Erforderliche Menge (ml)	Material	Referenzbereich	Dimension	Bemerkungen	
FSME - Virus Antikörper anti-FSME-IgG	5	1	S	negativ < 173 grenzwertig 173-238 positiv > 238	VIEU/ml	Testmethode: ELISA FSME-IgG und -IgM negativ: Es wurden keine AK gegen FSME-Viren nachgewiesen. Dies schließt eine akute Infektion nicht aus. Serologische Kontroll-	
anti-FSME-IgM				negativ < 0,8 grenzwertig: 0,8-1,1 positiv: > 1,1	Ratio	untersuchung nach 7-10 Tagen bei klinischem Verdacht zu empfehlen. IgG u. IgM positiv bzw. IgG negativ u. IgM positiv: frische Infektion oder Impfung Ergebnis IgG positiv u. IgM-negativ: länger zurückliegende Infektion oder Impfung DD: Kreuzreaktionen durch andere Flaviviren (Dengue-, HepatitisC-, Gelbfieber-, Japan. Enzephalitis-Viren)	
FSME-IgG/IgM Antikörperspezifischer Index (AI)	5	S: 1 L: 1 S: 1 L: 1	S, L	unplausibel: < 0,6 keine intrathekale Antikörpersynthese: 0,6-1,3 grenzwertig: 1,3-1,5 intrathekale Antikörper- synthese: > 1,5			
fT3 (freies Trijodthyronin)	1	1	P (Li-Hep)	0-3 T: 3 -12,1 4-30 T: 3 - 8,1 1-12 M: 2,4-9,8 1-6 J: 3 - 9,1 7-11 J: 4,1-7,9 12-19 J: 3,5 - 7,7 m: 20-99 J: 4,1 - 6,7 w: 20-99 J: 3,6 - 6,4	pmol/l	weitere Referenzwerte zu Schilddrüsendiagnostik sind im Infoboard / ILM / Allgemeine Informationen zu finden	

Analyt	Beleg	Erforderliche Menge (ml)	Material	Referenzbereich	Dimension	Bemerkungen
fT4 (freies Thyroxin)	1	1	P (Li-Hep)	0-3 T: 8,5 - 34,9 4-30 T: 10,6 - 39,8 1-12 M: 6,2 - 30,1 1-6 J: 11,0 - 22,5 7-11 J: 11,6 - 21,5 12 -19 J: 12 - 20,6 m: 20-99 J: 13,1 - 21,3 w: 20-99 J: 12,3 - 20,2	pmol/l	weitere Referenzwerte zu Schilddrüsendiagnostik sind im Infoboard / ILM / Allgemeine Informationen zu finden.
FTA-ABS-IgM-Test	5	500	S	1:<10		Lues-/Treponema spezifischer IgM-AK, der zur Beurteilung der Behandlungsbedürftigkeit und Verlaufsdiagnostik eingesetzt wird. siehe auch Treponema pallidum Antikörper

Analyt	Beleg	Erforderliche Menge (ml)	Material	Referenzbereich	Dimension	Bemerkungen
Gallensäure	1	0,3	P (Li-Hep)	<10	µmol/l	Probenabnahme muss unbedingt nüchtern erfolgen.
						Angaben aus der Literatur:: Gesunde: - nüchtern: < 10 μmol/l - 2 h postprandial: □<20 μmol/l Gallengangsverschluss□: - nüchtern > 180 μmol /l - 2h postprandial) > 180 μmol/l Intrahepatische Cholestase: - nüchtern ca. 100 μmol/l - 2 h postprandial ca. 120 μmol/l - 2 h postprandial ca. 120 μmol/l - 2 h postprandial □> 180 μmol erhöhte Darmmotilität: - nüchtern □25-50 μmol/l - 2h postprandial □< 20 μmol/l - 2h postprandial ca. 10 μmol/l Proben von Patienten, die mit Ursodesoxycholsäure (UDCA) behandelt werden, sind nicht für die Bestimmung der Gallensäuren mit diesem Reagenz geeignet. In der Regel sollte zwischen der letzten UDCA-Gabe und der Gallensäuren- Bestimmung mindestens 1 Woche vergehen. In dieser Zeit ist in den meisten Fällen das UDCA im Blut abgebaut. Testdurchführung: 2-3x / Woche
gamma-GT	1	0,5	P (Li-Hep)	Frauen: 0 - 40 Männer: 0 - 60	U/I	Die GGT ist ein zellmembrangebundenes Glykoprotein. dass ubiquitäres vorkommt ; die im Serum / Plasma nachweisbare
				IVIAIIIIEI. U - 00		GGT stammt allerdings größten Teils aus der Leber. Zu beachten: Erniedrigte Werte bei starker Hämolyse Erhöhte Werte: Enzyminduktoren (Barbiturate, Phenytoin)
Gelenkpunktat	3	1	Punktat in NH4- Heparin und EDTA-			Bestimmung von Zellzahl, Zellart, Untersuchung auf Kristalle
			Monovette			(Bakteriologische Untersuchungen auf Beleg 6)

Analyt	Beleg	Erforderliche Menge (ml)	Material	Referenzbereich	Dimension	Bemerkungen
Gentamicin	1	0,5	P (Li-Hep)	Peakspiegel: 5,0 - 10,0 Talspiegel: < 2,0	µg/ml	Talspiegel: Blutabnahme unmittelbar vor der nächsten Infusion Peakspiegel: Blutabnahme 30 Minuten nach Ende der Infusion oder 60 Minuten nach intramuskulärer Gabe
GLDH	1	0,5	P (Li-Hep)	m 18-99 J: < 7 w 18-99 J: < 5	U/I	GLDH (Glutamatdehydrogenase) ist als mitochondriales Enzym ein Indikator der Parenchymzellnekrose. Zusammen mit der ASAT und ALAT gestattet die GLDH eine Abschätzung des Zelluntergangs und somit der Schwere des Leberschadens.
Glucose im Liquor	3	0,5	L	Kinder: 60 - 80 Erwachsene: 40 - 70	mg/dl	Glucose gelangt über Diffusion in den Liquor. Daher wird die Glucosekonzentration im Liquor stark durch die Serumkonzentration beeinflusst, so dass diese immer parallel bestimmt werden muss. Werte im Liquor < 50% des Serumwertes sprechen für eine bakterielle Meningitis. Eine erniedrigte Glucosekonzentration findet sich auch bei verschiedenen anderen Erkrankungen wie Meningealtumore, chemische Meningitis nach intrathekaler Chemotherapie, Subarachnoidalblutungen, Sarkoidose. Der Liquor sollte so schnell wie möglich analysiert werden. (falsch erniedrigte Werte bei zu langer Probenverwahrzeit)
Glucose im Urin quant.		5	U	Spontanurin < 15	mg/dl	Konzentrationen über 40 mg/dl sind verdächtig auf einen Diabetes und müssen abgeklärt werden.
				24h-SU: < 0,2	g/24h	Die Nierenschwelle der Glucose liegt in der Regel bei 150-180 mg/dl. Liegen die Glukose im Serum höher tritt eine hyperglykämische Glucosurie auf.
						Zur groben semiquantitativen Beurteilung kann auch die Glucosemessung im Urin mittels Urinstix (siehe Harnsediment) herangezogen werden.

Analyt	Beleg	Erforderliche Menge (ml)	Material	Referenzbereich	Dimension	Bemerkungen
Glukose im Blut / Blutzucker	1	0,5	P (Li-Hep) Gluco-Exact- Röhrchen	für venöses Plasma, nüchtern: 0 - 1 T: 40 - 60 2T - 1 J: 50 - 80 13 - 24 M: 33 - 111 3 - 4 J: 52 - 98 5 - 6 J: 69 - 100 7 - 99 J: 60 - 100 venöses /kapilläres Vollblut (nüchtern) 55-89 venöses Plasma oder Vollblut (postprandial 1-2 h): < 130	mg/dl mg/dl	 Probenröhrchen: Bei der Glucosebestimmung aus dem Serum/-P (Li-Hep) ist wegen der In-vitro-Glykolyse mit falsch niedrigen Messwerten zu rechnen. Diese Röhrchen müssen nach Blutentnahme unverzüglich zur Zentrifugation an das Labor weitergeleitet werden. Abnahmesysteme mit Glykolysehemmstoffen sind bevorzugt zu verwenden (z.B. GlucoExact-Röhrchen). Diese Röhrchen bitte vollständig füllen! Die gemessenen Glucosekonzentrationen in Gluco-Exact-Röhrchen werden mit dem Faktor 1,16 multipliziert (Verdünnungsfaktor durch Antikoagulanz) Zur Diagnose und Verlaufsbeurteilung des Schwangerschaftsdiabetes wird von den Fachgesellschaften die Verwendung von Gluco-Exact empfohlen. Arterielle Blutproben liefern höhere Werte als kapilläre oder venöse Proben. Zur Ergebnisbeurteilung müssen daher die jeweils passenden Referenzwerte herangezogen werden. nüchtern = nach mindestens 8 h Fastenperiode Für die Diagnosestellung eines Diabetes mellitus dürfen nur qualitätsgesicherte Untersuchungen zum Einsatz kommen.

Analyt	Beleg	Erforderliche Menge (ml)	Material	Referenzbereich	Dimension	Bemerkungen
Glukose-Belastung = oraler Glukosetoleranztest (75 mg wasserfreie Glucose)	1		Gluco-Exact- Plasma (zu bevorzugen) oder NaF- Plasma	Nüchternglukosewert < 100 2 Stunden Wert < 140	mg/dl	Nüchternglucose: I. Plasma (venös): - normal: < 100 mg/dl - abnorme Nüchternglucose: 100-125 mg/dl - diabetisch: > / = 126 mg/dl II. Vollblut (kapillär) - normal: < 90 mg/d - abnorme Nüchternglucose: 90-109 mg/dl - diabetisch: > / = 110 mg/dl nach Glucose-Belastung (OGT 2h) I. Plasma (venös): - normal: < 140 mg/dl - abnorme Nüchternglucose: 140-199 mg/dl - diabetisch: > / = 200 mg/dl II. Vollblut (kapillär) - normal: < 140 mg/d - abnorme Nüchternglucose: 140 - 199 mg/dl - diabetisch: > / = 200 mg/dl Anforderung: als oraler Glucosetoleranztest in Orbis oder über Glucose-Einzelwertmessungen: hierzu bitte pro Messung ein Laborauftrag erstellen und die Abnahmezeiten dokumentieren
Glukose-Profil	1		Gluco-Exact- Plasma (zu bevorzugen) oder NaF-Plasma		mg/dl	Anforderung: über Glucose-Einzelwertmessungen: hierzu bitte pro Messung ein Laborauftrag erstellen und die Abnahmezeiten dokumentieren Typische Messzeitpunkte sind: Nüchternmessung vor dem Frühstück (Nüchternblutzucker), vor einer Hauptmahlzeit, 2 Stunden nach einer Hauptmahlzeit (postprandialer Blutzucker), vor dem Zubettgehen
Gonokokken-DNA-PCR	4					siehe Urethritis-Erreger, zusätzlich ist die mikrobiologische Kultur (6er Beleg) ratsam

Analyt	Beleg	Erforderliche Menge (ml)		Referenzbereich	Dimension	Bemerkungen
GOT (ASAT)	1	0,5	P (Li-Hep)	Frauen: 10 - 35 Männer: 10 - 50 Kinder: 0-1 J.: 14 - 77 1-3 J.: 19 - 71 4-6 J.: 15 - 53 7-12 J.: 19 - 48 13-17 J.: 15 - 41	U/I	GOT ist ein ubiquitäres Enzym, das sich besonders im Zytoplasma und in den Mitochondrien von Herzmuskel-, Skelettmuskel- und Leberzellen findet. Nach Verletzung oder Zellnekrose tritt das Enzym in den Extrazellulärraum über und kann als Maß für Zellschädigung verwendet werden. GOT weist eine viel geringere Organspezifität als GPTauf. Durch Muskelarbeit ist ein Anstieg der GOT auf bis zu 40 U/l möglich. Der De-Ritis-Quotient (GOT/GPT) wurde früher zur Differentialdiagnostik der akuten und chronischen Lebererkrankungen verwendet; hat weitgehend seine diagnostische Bedeutung verloren.
GPT (ALAT)	1	0,5	P (Li-Hep)	Frauen: < 33 Männer: < 41 Kinder: 0 - 1 J.: 4 - 49 2 - 3 J.: 7 - 29 4 - 6 J.: 5 - 39 7 -12 J.: 7 - 44 13 -17 J.: 8 - 45	U/I	Die GPT kommt hauptsächlich in der Leber vor, findet sich aber auch in Nieren, Herz, Skelettmuskel u. anderen Organen. GPT-Enyzmaktivität ist weitgehend leberspezifisch. Intrazellulär kommt das Enzym zu 85% im Cytoplasma und zu 15% in den Mitochondrien vor. Aktivitätsbestimmung erfolgt ausschließlich zur Diagnostik von Lebererkrankungen und speziell bei Leberzellnekrosen. Bei massiven Leberzellnekrosen steigen die Enzymaktivitäten im Blut folgendermaßen an: LDH < GOT < GPT < GLDH
Große Blutgruppe	7	9	EDTA			Die "Große Blutgruppe" beinhaltet : AB0- und Rhesus-Formel, Kell-Antigen und Antikörpersuchtest
Haemophilus influenzae DNA	4	1	Rachenabstrich BAL u.a. SM	n nicht nachweisbar		
Hämochromatose						siehe Hereditäre Hämochromatose (Hfe - Mutation)
Hämoglobin A1c-Fraktion						siehe HbA1c

Analyt	Beleg	Erforderliche Menge (ml)	Material	Referenzbereich	Dimension	Bemerkungen
Hämoglobin im Stuhl (quant.)	2	erbsgroß	Stuhl	<10	μg/g Stuhl	sensitiver Nachweis von humanem Hämoglobin mittels ELISA, der den qualitativen enzymatischen Hb-Nachweis auf der Basis des Guajak-Testes ("Stuhlkärtchen") ersetzt Wegen des Abbaus von Hämoglobin bei RT, der bis zu 50% pro Tag ausmachen kann, muss die Stuhlprobe unmittelbar nach Probengewinnung (wenn möglich gekühlt oder gefroren) ins Labor transportiert werden!
Hantavirus Antikörper	5	1	S	negativ negativ		Hantavirus IgG - Line Hantavirus IgM - Line In den meisten Fällen ist eine Unterscheidung folgender Hantavirus Serotyp-Cluster möglich: a) Puumala/SinNombre b) Hantaan/Dobrava/Seoul
Haptoglobin	1	0,3	P (Li-Hep)	30 - 200	mg/dl	Sensitiver Marker der intravasalen Gerinnung. Bei extravasalen Hämolysen Haptoglobin-Verminderung nur bei hämolytischen Krisen. Falsch normale Werte bei gleichzeitigem Vorliegen von milder Hämolyse und Entzündung (Akute-Phase-Protein).

Analyt	Beleg	Erforderliche Menge (ml)	Material	Referenzbereich	Dimension	Bemerkungen
Harnsäure	1	0,5	P (Li-Hep)	bis 30 Tage: m: 1,2 - 3,9 w: 1,0 - 4,6 1M - 1J: m: 1,2 - 5,6 w: 1,1 - 5,4 1 - 3J: m: 2,1 - 5,6 w: 1,8 - 5,0 4 - 6 J: m: 1,8 - 5,5 w: 2,0 - 5,1 7 - 9 J: m: 1,8 - 5,4 w: 1,8 - 5,5 10 - 12 J: m: 2,2 - 5,8 w: 2,5 - 5,9 13 - 15 J: m: 3,1 - 7,0 w: 2,2 - 6,4 16 -18 J: m: 2,1 - 7,6 w: 2,4 - 6,6 > 18 J m: 3,4 - 7,0 w: 2,4 - 5,7	mg/dl	Harnsäure ist das Endprodukt des Purinstoffwechsels. Der Harnsäurepool des Organismus beträgt etwa 1g und ist abhängig von der endogenen Purinsynthese, der exogenen Purinzufuhr aus der Nahrung und dem Abbau der Nukleinsäuren im Gewebe. Die Elimination erfolgt zu 70-80 % über die Nieren und zu 20-30 % über den Darm. zu beachten: Probengewinnung und Verarbeitung unter der Behandlung mit Rasburikase: 1. Li-Heparin-Probenröhrchen vor Blutabnahme vorkühlen 2. Blutentnahme, danach rascher Probentransport in Eiswasser ins Labor 3. Die Plasmaproben sind durch Zentrifugation in einer vorgekühlten Zentrifuge (4 °C) herzustellen. 4. Schließlich muss das Plasma im Eiswasserbad aufbewahrt werden, die Harnsäurebestimmung muss innerhalb von 4 Stunden folgen.

Analyt	Beleg	Erforderliche Menge (ml)	Material	Referenzbereich	Dimension	Bemerkungen
Harnsäure im Urin	1	5	1. Morgenurin oder 24h- Sammelurin	37-92 200-1000	mg/dl mg/24h	Sammelmenge und -zeit angeben Ausscheidung stark von der Ernährung abhängig!

Analyt	Beleg	Erforderliche Menge (ml)	Material	Referenzbereich	Dimension	Bemerkungen
Harnstatus	1	5	U	Urinstix Leuko < 10 Nitrit negativ Eiweiß negativ Glukose negativ Ketone negativ Urobilinogen negativ Bilirubin negativ Blut < 18 spez. Gew. 1,002-1,040 pH Wert 5 - 7,5	/µl mg/dl mg/dl mg/dl mg/dl	Der Harnstatus besteht aus dem multiparametrischen Teststreifen und dem Harnsediment. Die Teststreifenuntersuchung wird rund um die Uhr durchgeführt, die Harnsedimentuntersuchung nur während der Routine von Mo-Fr zwischen 8-15 Uhr. Probenmaterial darf nicht älter als 2 Stunden sein!!
				Urinsediment: Erythrozyten < 5 Akanthozyten < 5 dysmorphe Erythrozyten < 30 Leukozyten < 5 nicht nachweisbar: - Bakterien, Pilze, - Zell-, Epithel-, Erythrozyten-, Leukozyten-, Lipid-, granulierte und Wachszylinder - Lipidzellen, Nieren-, Übergangsepithelien	/µl % % /µl	
				vereinzelt: hyaline Zylinder		

Analyt	Beleg	Erforderliche Menge (ml)	Material	Referenzbereich	Dimension	Bemerkungen
				Plattenepithelien		
Harnsteinanalyse	2	1 mg	SM			IR-spektroskopische Identifizierung von Whewellit (Calziumoxalat), Weddellit (Calziumoxalat), Calciumphosphat/Apatit, Calcit (Calziumcarbonat), Brushit (Calziumhydrogenphosphat), Struvit (Magnesiumammoniumphosphat), Harnsäure, Urat, Zystin, Xanthin, Dihydroxyadenin.
Harnstoff	1	0,5	P (Li-Hep)	0 - 6 M: < 42 7 - 12 M: < 48 1 - 65 J: < 50 66 - 99 J: < 71	mg/dl mg/dl	Harnstoff ist das Endprodukt des Eiweiß- und Aminosäure-Stoffwechsels und wird in der Leber gebildet. Die Ausscheidung erfolgt überwiegend renal durch glomeruläre Filtration. Etwa 40-60% des filtrierten Harnstoffs diffundieren im proximalen Tubulus ADHabhängig zurück.
HAV Serologie						siehe Hepatitis A Virus Serologie
HbA1c	1	2	EDTA-Blut	20 - 42 Diabetikerinnen prä- konzeptionell u. in der Schwangerschaft: < 42 gute D.mEinstellung: 42 -53	mmol/mol	"Blutzuckerlangzeitgedächtnis" Verkürzte Erythrozytenlebenszeit (z.B. hämolytische Anämie) und chronischer Blutverlust führen zu erniedrigten HBA1c- Werten. Falsch hohe Werte sind möglich bei Niereninsuffizienz, Alkoholismus, Eisenmangelanämie, ASS-Therapie und Bleivergiftung. Hämoglobinopathien und Erythroyztentransfusionen können zu erhöhten oder erniedrigten Werten führen. Umrechnung in % HbA1c % (NGSP) = 0,0915 x HbA1c (IFCC) + 2,15
HBeAg						siehe Hepatitis B Virus Serologie

Analyt	Beleg	Erforderliche Menge (ml)	Material	Referenzbereich	Dimension	Bemerkungen
HBF (HPLC)	1		EDTA-Blut		%	quantitative Bestimmung der HBF-Fraktion ausschließlich zur Verlaufskontrolle einer bekannten Hämoglobinopathie unter Therapie
HbF (Hämoglobin F)	1	0,2	EDTA-Blut	bis 2 J.: - 50 2 bis 3 J.: 0 - 20 ab 3 J.: 0 - 10	/1000 Ery's	
HBsAg						siehe Hepatitis B Virus Serologie
HBV DNA (quantitativ)						siehe Hepatitis B Virus DNA (quantitativ)
HBV Serologie						siehe Hepatitis B Virus Serologie
hCG (humanes Choriongonadotropin)	1	0,5	P (Li-Hep)	Männer 2 - 2,6 Frauen - prämenopausal, nicht schwanger: 1 - 5,3 - postmenopausal, nicht schwanger: 7 - 8,3	mIU/ml	erfasst werden intaktes HCG und die freie ß-Untereinheit Indikation: - Schwangerschaftsüberwachung - Management von trophoblastischen Erkrankungen - Nachweis und Überwachung von HCG produzierenden Tumoren der Eierstöcke, Plazenta und Hoden erhöhte Werte bei Niereninsuffizienz Nachweisgrenze: 0,20 mIU/mI Bestimmungsgrenze: 0,25 mIU/mI
HCV RNA (quantitativ)						siehe Hepatitis C Virus RNA (quantitativ)
HCV Serologie						siehe Hepatitis C Virus Serologie

Analyt	Beleg	Erforderliche Menge (ml)	Material	Referenzbereich	Dimension	Bemerkungen
HDL-Cholesterin	1	0,5	P (Li-Hep)	KHK-Risiko nicht erhöht Frauen: > 45 Männer > 35	mg/dl	Nicht-artherogener Cholesterinanteil; inverse Beziehung zwischen HDL-Cholesterin und Inzidenz für koronare Herzkrankheiten. Blutentnahme am nüchternen Patienten, möglichst nach 12 h Nahrungskarenz. Östrogene führen zu einer Erhöhung, Diuretika, Gestagene, Kortikoide zu einer Erniedrigung des HDL-Spiegels.
						2016: Für die routinemässige Lipidbestimmung müssen Patienten entsprechend den Empfehlungen der "European Atherosclerosis Society (EAS)" und "European Federation of Clincall Chemistry and Laboratory Medicine (EFLM)" nicht mehr nüchtern sein.
						Zur Bewertung des kardiovaskulären Risikos siehe auch Non- HDL-Cholesterin.
Helicobacter pylori (Hp) Antikörper	5	1	S	anti-Hp-IgG: negativ anti-Hp-IgA: negativ		Testmethode: Immunoblot, qualitativ
Helicobacter pylorii Antigen im Stuhl	5	erbsgroß	Stuhl	negativ		Antigen-Immunoassay
Heparin hochmolekular	3	korrekt gefüllte Mono- vette	Citratblut	0,20 - 0,80	U/ml	Dosierung angeben

		1		1		
Analyt	Beleg	Erforderliche Menge (ml)	Material	Referenzbereich	Dimension	Bemerkungen
Heparin niedermolekular	3	korrekt gefüllte Mono- vette	Citratblut	Dialyse- und Hämo- filtrationspatienten mit niedrigem Blutungsrisiko: >= 0,5 mit hohem Blutungsrisiko: 0,2 - 0,3 max. bis 0,4	Anti-Xa E/m	I Der Talspiegel (=Spiegel vor der nächsten Heparindosis) soll bei Gefahr einer Überdosierung < 0,3 Anti-Xa E/ml liegen. Ausreichende therapeutische Antikoagulation bei Werten von 0,5 - 1,5 Anti-Xa E/ml Bezüglich Fondaparinux (= Arixtra) siehe unter Fondaparinux
Heparin-induzierte bzw. assoziierte Thrombopenie = HIT II oder HAT II)					siehe HIPA-Test
Hepatitis A Virus Serologie	5	1	S	nicht reaktiv / negativ	IU/I	anti-HAV (IgG und IgM): um bei positivem Testergebnis eine akute HepatitisA- Infektion zu erkennen, wird anti-HAV-IgM automatisch nachgefordert
Hepatitis B Virus DNA (quantitativ)	4	5	S, EDTA-Blut	< 10	IU / ml	Die Nachweisgrenze des Tests liegt bei < 3 IU/ml. Bitte großes 7,5 ml EDTA-Röhrchen einschicken, bei zwei Viren: zwei große EDTA-Röhrchen. Das Blut darf unzentrifugiert max. 24 h gelagert werden. Deshalb ist KEINE Einsendung ab Freitagnachmittag bis einschließlich Samstag möglich! Analysenfrequenz: 1x/Woche

Analyt	Beleg	Erforderliche Menge (ml)	Material	Referenzbereich	Dimension	Bemerkungen
Hepatitis B Virus Serologie	5	5	S	negativ < 10 negativ negativ negativ negativ	IU/ml	siehe auch unter: HBsAg Anti-HBs Anti-HBc Anti-HBc-IgM HBeAg Anti-HBe
Hepatitis C Virus RNA (quantitativ)	4	5	S, EDTA-Blut	< 15	IU/ml	Bitte ein großes (7,5 ml) EDTA-Röhrchen einschicken. Bei zwei Viren: zwei große Röhrchen. Das Blut darf maximal 24 h unzentrifugiert gelagert werden. Deshalb ist KEINE Einsendung von Freitagnachmittag bis einschließlich Samstag möglich. Analysenfrequenz: 1x/Woche
Hepatitis C Virus Serologie	5	1	S	negativ negativ		HCV - ECLIA HCV - Line (Line: Bestätigungstest bei positivem oder grenzwertigem HCV - ECLIA)
Hepatitis E Antikörper	5	0,5	Serum	IgG (quant.) cut-off-Indices: negativ: < 0,8 grenzwertig: >/= 0,8 - < 1,1 positiv: >/= 1,1 IgM (qualitativ): negativ	IE/ml	
Hepatitis E Virus PCR (qualitativ)	4	1 ml	EDTA-Blut	nicht nachweisbar		

Analyt	Beleg	Erforderliche Menge (ml)		Referenzbereich	Dimension	Bemerkungen
Hereditäre Hämochromatose (Hfe - Mutation)	4	1	EDTA- oder Citratblut			humangenetische Untersuchung, die eine Einverständniserklärung erfordert.
						Die Hämochromatose kann auf verschiedenen genetischen Defekten beruhen. Die häufigste Form der Hämochromatose beruht auf einer Mutation des HFE-Gens. Der im ILM durchgeführte Test ermöglicht den Nachweis der wichtigsten / häufigsten Mutation des HFE-Gens: C282Y -, H63D - und S65C-Mutation Andere Gendefekte, wie die juvenile Form, sind seltener (Fremdlabor) OMIM-G: 613609, OMIM-P: 235200
Herpes simplex Virus Typ 1 DNA (quantitativ)	4	5 5	EDTA-Blut, Liquor,	nicht nachweisbar	Kopien / ml	Nachweisgrenze HSV-1-DNA: 83 cp/ml,
Herpes simplex Virus Typ 2 DNA (quantitativ)		1	Abstrich, respirator. Mat.	nicht nachweisbar	Kopien / ml	Nachweisgrenze HSV-2-DNA: 300 cp/ml Die Analyse erfolgt werktags. In lebensbedrohlichen Notfällen am Wochenende bitte vorher Anmeldung beim Labor-Dienstarzt.
						Achtung: Die Durchführung der Untersuchung aus inhomogenem Probenmaterial (z.B. BAL, Knochenmark) führt zu erheblichen Schwankungen (10er Potenz) in der Quantifizierung. Das Ergebnis muss dann semiquantitativ gewertet werden.

Analyt	Beleg	Erforderliche Menge (ml)	Material	Referenzbereich	Dimension	Bemerkungen
Herpes simplex Virus (Typ 1 und 2) Antikörper	5	1	S, L	IgG: negativ: <16 grenzwertig: >/= 16 - < 22 positiv >/= 22	U/ml	IgG - EIA
				IgM: negativ: <0,8 grenzwertig: >/= 0,8 - < 1,1 positiv >/= 1,1	Ratio	IgM - EIA
				Antikörperindex: unplausibel: < 0,6 keine intrathekale AK- Synthese: 0,6-1,3 grenzwertig: 1,3-1,5 intrathekale Borrelien-AK- Synthese: >/= 1,5		Berechnung des HSV - spezifischen Antikörperindex (AI); Voraussetzung: Liquorproteinprofil, siehe Belegart 2
Herpes zoster Virus Antikörper						siehe Varicella zoster Virus Antikörper
HEV RNA (qualitativ)						siehe Hepatitis E Virus RNA (qualitativ)
HGH (Wachstumshormon)	2	0,5	S	alters- und geschlechts- abhängig	ng/ml	Bestimmung bei Schwangeren analytisch nicht möglich.
HHV 6 DNA (quantitativ)						siehe Humanes Herpes Virus 6

Analyt	Beleg	Erforderliche Menge (ml)	Material	Referenzbereich	Dimension	Bemerkungen
HIES (5-Hydroxyindol- essigsäure)	2	1,0	SU angesäuert	2 - 8	mg/24h	Sammelbedingungen beachten! Urin muß einen pH-Wert < 3 haben! Sammelmenge und -zeit markieren. Für mind. 3 Tage Avocados, Auberginen, Bananen, Walnüsse, Tomaten, Ananas, Johannisbeeren, Kiwis, Melonen, Mirabellen, Stachelbeeren, Zwetschgen meiden.
HIT II Abklärung (Ausschluss oder Nachweis der Heparin- assoziierten Thrombo- penie = HIT II)	3	1	S	negativ		Zum Screening wird ein Plättchenfaktor 4-Schnelltest durchgeführt. Zusätzlich muss klinisch der 4-T-Score erhoben werden. Bei 0-3 Punkten im 4-T-Score ist keine weitere Diagnostik indiziert und ein HIT II sehr unwahrscheinlich. Bei 4-5 Score-Punkten entscheidet das Ergebnis des Schnelltestes, ob der HIPA-Test angefordert werden soll. Bei 6-8 Punkten besteht der dringende V.a. HIT II und der HIPA Test ist indiziert.
HIPA-Test	3	1	S	negativ		Heparin/Plättchenfaktor 4-Ak werden bei 50 % der Patienten nachgewiesen, die hochdosiert Heparin erhalten (z.B. kardiochirurgische Pat.) haben, ohne dass in allen Fällen eine klinisch manifeste HIT II-Erkrankung vorliegen muss. HIPA-Test nach Prof. Greinacher wird nach Bedarf im Haus durchgeführt oder weitergeleitet.

Analyt	Beleg	Erforderliche Menge (ml)	Material	Referenzbereich	Dimension	Bemerkungen
HIV 1 RNA (quantitativ)	4	5	EDTA-Blut	< 20	Kopien / ml	EDTA-Blut (großes Röhrchen) muss sofort nach Abnahme zur Verarbeitung ins Labor gebracht werden! Das Blut darf maximal 24 h unzentrifugiert gelagert werden. Deshalb ist KEINE Einsendung von Freitagnachmittag bis einschließlich Samstag möglich! Analysenfrequenz: 1x/Woche !!! Bei zwei angeforderten Virus-PCR-Untersuchungen: ZWEI große EDTA-Röhrchen. Nach CAR-T-Zell-Therapie kann es zu falsch positiven HIV-PCR-Ergebnissen kommen. Der Entbindung steht die HIV-Notfall-PCR-Testung zu Routinearbeitszeiten nur nach telefonischer Absprache mit dem Laborarzt zur Verfügung (Nachweisgrenze < 40 cp/ml)
HIV Antikörper und HIV Antigen	5	1	S	negativ negativ		Screeningtest HIV - ECLIA (= kombinierter 4. Generationstest mit Antikörpernachweis gegen HIV 1 + HIV 2 kombiniert mit p24 Antigennachweis) Bestätigungstest: anti-HIV 1/2 - Immunoblot (Folgeuntersuchungen bei reaktivem Ergebnis im HIV - ECLIA)
HLA-B27	4	0,5	EDTA-Blut	negativ		OMIM-G: 142830, OMIM-P: 106300 Genetische Einverständnis muss mitgeliefert werden!
hMPV RNA						siehe Humanes Metapneumovirus RNA

			T			
Analyt	Beleg	Erforderliche Menge (ml)	Material	Referenzbereich	Dimension	Bemerkungen
Holo-Transcobalamin	2	0,5	S	38 - 188	pmol/l	wenn Holo-Transcobalamin (= akt. Vitamin B12) > 50 pmol/l ist ein Vitamin B12-Mangel unwahrscheinlich. Holo-Transcobalamin ist indiziert zur Diagnostik eines Vit. B12-Mangels bei Vit. B12-Serumkonzentrationen zwischen 200 und 400 pg/ml.
Homocystein	2	0,3	P (EDTA)	< 12	µmol /l	EDTA-Blut in Eiswasser sofort ins Labor bringen. Falsch hohe Konzentrationen durch lange Lagerung von Vollblut durch Austritt von Homocystein aus den Erythrozyten ins Plasma.
Homovanillinsäure	2	1,0	SU angesäuert	0 - 1 J: bis 3 2 - 4 J: bis 5 5 - 19 J: bis 7 > 19 J: 1,8 - 6,9	mg/24h	Sammelbedingungen beachten! Urin muss einen pH- Wert < 3 haben! Sammelmenge und -zeit markieren. (Spontanurine nur bei Kleinkindern!)
HPV DNA						siehe Humane Papillomaviren
HRV						siehe Humane Rhinoviren
HSV (Typ 1 und 2) Antikörper						siehe Herpes simplex Virus (Typ 1 und 2) Antikörper
HSV 1 DNA, HSV 2 DNA						siehe Herpes simplex Virus Typ 1 DNA und herpes simplex Virus Typ 2 DNA
HTLV I + II Antikörper	5	1	S	nicht reaktiv		EIA (erfasst IgG-, IgM- und IgA-Antikörper)
		·	·			

Analyt	Beleg	Erforderliche Menge (ml)	1,10,000	Referenzbereich	Dimension	Bemerkungen
Humane Papillomaviren DNA	4		Abstrich	nicht nachweisbar		Identifizierung von HPV high risk: HPV 16, HPV 18 und eine Sammelsonde für HPV high risk other (31, 33, 35,39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 66, 68)
Humane Rhinoviren-PCR	4	1	Rachenabstrich BAL u.a. SM	nicht nachweisbar		Anforderung: respiratorischen Viruspanels
Humanes Herpes Virus 6 A und B (quantitativ)	4	5 1	EDTA- oder Vollblut, S, Liquor u.a. SM	nicht nachweisbar Nachweisgrenze: A < Nachweisgrenze: B <		Achtung: Die Bearbeitung von inhomogenem Probenmaterial (z.B. BAL, Knochenmark, Stuhl) führt zu erheblichen Schwankungen (10er Potenz) in der Quantifizierung! Das Ergebnis muss semiquantitativ gewertet werden.
Humanes Immundefizienz Virus 1 RNA (quantitativ)						siehe HIV 1 RNA (quantitativ)
Humanes Metapneumovirus RNA	4	1	Rachenabstrich BAL u.a. SM	nicht nachweisbar		Anforderung: respiratorisches Viruspanel
Humanes T-lymphotropes Virus Typ I und II Antikörper						siehe HTLV I + II Antikörper
IgA (Immunglobulin A)	1	0,5	P (Li-Hep)	0 - 1 J: 0 - 1 - 3 J: 0 - 3 - 6 J: 11 - 1 6 - 14 J (w); 34 - 2 6 - 14 J (m) 34 - 2 14 - 19 J: 40 - 2 19 - 120 J: 70 - 4	80 142 220 222 293	Bei der Anforderung "Immunglobuline" wird Immunglobulin G, Immunglobulin A und Immunglobulin M gemessen. Messbereich: 50 - 800 mg/dl (bei Einsatz von höherem bzw. niedrigem Probenvolumen: 10 - 6400 mg/l)

Analyt	Beleg	Erforderliche Menge (ml)	Material	Referenzbereich	Dimension	Bemerkungen
IgA im Liquor	2	0,5	Liquor	0,1 - 0,3	mg/dl	Beurteilung einer intrathekalen IgA-Synthese erfolgt im Liquor-/ Serum-Quotientendiagramm (siehe Liquorproteinprofil)
lgE - allergenspezifisch	8	0,4 + 0,05 pro Allergen	S	0 - 0,34	KU/L	Allergenspektrum siehe Beleg 8 oder am Ende dieser Tabelle
						Beurteilung der Ergebnisse (CAP-Klassen) CAP-Klasse 0: spez. lgE: 0,1 - 0,34 (negativ) CAP-Klasse 1: spez. lgE: 0,35 - 0,7 (grenzw. positiv) CAP-Klasse 2: spez. lgE: 0,7 - 3,5 (schwach positiv) CAP-Klasse 3: spez. lgE: 3,5 - 17,5 (positiv) CAP-Klasse 4: spez. lgE: 17,5 - 50 (stark positiv) CAP-Klasse 5: spez. lgE: 50 - 100 (sehr stark positiv) CAP-Klasse 6: spez. lgE: >100 (sehr stark positiv)
IgE-Gesamt	8	0,5	S	Neugeborene: < 2 Säuglinge (bis 1J): < 40 Kinder (bis 5J): < 100 Kinder (6-9 J): < 130 Kinder (10-15 J): < 200 Erwachsene: <100	KU/I	
IGF-1 (Insulin-like- growth-factor-1)	2	0,5	S	stark altersabhängig	ng/ml	IGF1 (Somatomedin) ist ein überwiegend in der Leber hergestelltes Hormon, das dort unter dem Einfluss von Somatotropin (Wachstumshormon) gebildet wird. IGF-1 ist ein wesentlicher Faktor für die Steuerung des Zellwachstums.

Analyt	Beleg	Erforderliche Menge (ml)		Referenzbereich	Dimension	Bemerkungen
IGF-BP3 (IGF- Bindungsprotein)	2	0,5	S	stark altersabhängig	µg/ml	Im Plasma ist IGF-I (Somatomedin C) an Transportproteine (Insulin-like-growth-factor-binding-proteine) gebunden. IGFBP-3 zeigt keine pulsative Sekretion, keine zirkadiane Rhythmik und spiegelt die Sekretion von Wachstumshormon über mehrere Tage wieder. Es ist daher der Bestimmung von Wachstumshormon und von Somatomedinen überlegen und macht Stimulationstests oft entbehrlich.
IgG (Immunglobulin G)	1	0,5	P (Li-Hep)	1 - 3 M: 200 - 550 4 - 6 M: 260 - 690 7 - 9 M: 330 - 880 10 - 12 M: 360 - 950 1 - 2 J: 470 - 1230 3 - 4 J: 540 - 1340 5 - 6 J. 590 - 1430 7 - 8 J: 630 - 1500 9 - 10 J: 670 - 1530 11 - 12 J: 700 - 1550 13 - 14 J: 710 - 1560 15 - 16 J: 720 - 1560 17 - 18 J: 730 - 1550 > 18 J: 700 - 1600	mg/dl	Bei der Anforderung "Immunglobuline" werden Immunglobulin G, Immunglobulin A und Immunglobulin M gemessen. untere Messbereichsgrenze: 50 mg/dl
IgG im Liquor	2	0,5	Liquor	1,4 - 4,0	mg/dl	Beurteilung einer intrathekalen IgG-Synthese erfolgt im Liquor-/Serum-Quotientendiagramm (siehe Liquorproteinprofil)
IgG im Urin	2	5	Urin (2. Morgenurin oder 24h-SU)	0-10	mg/g Krea	Messung zur Beurteilung der Selektivität einer glomerulären Proteinurie: Anforderung über Proteinurieabklärung

Analyt	Beleg	Erforderliche Menge (ml)	Material	Referenzbereich	Dimension	Bemerkungen
IgG-Subklassen (IgG1 - IgG4)	2	1,5	S	IgG1: 6 - 12 M: 140 - 620 12 - 18 M: 170 - 650 18 - 24 M: 220 - 720 2 - 3 J: 240 - 780 3 - 4 J: 270 - 810 4 - 6 J: 300 - 840 6 - 9 J: 350 - 910 9 - 12 J: 370 - 930 12 - 18 J: 280 - 800 IgG2: 6 - 12 M: 41 - 130 12 - 18 M: 40 - 140 18 - 24 M: 50 - 180 2 - 3 J: 55 - 220 3 - 4 J: 65 - 220 4 - 6 J: 70 - 255 6 - 9 J: 85 - 330 9 - 12 J: 100 - 400 12 - 18 J: 110 - 485 > 18 J: 115 - 570 IgG3: 6 - 12 M: 11 - 85 12 - 18 M: 12 - 87 18 - 24 M: 14 - 91 2 - 3 J: 15 - 93 3 - 4 J: 16 - 96 4 - 6 J: 77 - 97 6 - 9 J: 20 - 104 9 - 12 J: 22 - 109	mg/dl	Abklärung Immundefekt und IgG4-Syndrom bei Verdacht auf einen Immundefekt: Anforderung von IgG- Subklassen (es folgt die Bestimmung von IgG, IgG1, IgG2, IgG3 und IgG4) bei Verdacht auf ein IgG4-Syndrom: Anforderung von IgG 4 (es folgt die Bestimmung von IgG, IgG1 und IgG4)

Analyt	Beleg	Erforderliche Menge (ml)	Material	Referenzbereich		Dimension	Bemerkungen
				> 18 J: 24 lgG4: 6 - 12 M: 0 12 - 18 M: 0 18 - 24 M: 0 2 - 3 J: 0,6 3 - 4 J: 1,7 6 - 9 J: 3,0 9 - 12 J: 4,3 12 - 18 J: 5,2	- 116 - 125 - 0,8 - 25,5 - 40,8 6 - 68,9 2 - 93,8 7 - 115,7 0 -157,7 3 -190 2 -196,1 2 -125		
IgM	1	0,5	P (Li-Hep)	< 2 Wochen: 3-13 Wochen: 67 13-52 Wochen: w 1-19 Jahre: m 1-19 Jahre: 144 > 19 Jahre:	3 - 32 10 - 14 - 82 45 -178 36 - 40 - 230	mg/dl	Bei der Anforderung "Immunglobuline" werden Immunglobulin G, Immunglobulin A und Immunglobulin M gemessen. untere Messbereichsgrenze: 5mg/dl
lgM im Liquor	2	0,5	Liquor	0,05 - 0,15		mg/dl	Beurteilung einer intrathekalen IgM-Synthese erfolgt im Liquor-/Serum-Quotientendiagramm (siehe Liquorproteinprofil) Untere Messbereichsgrenze: 0,01 mg/dl
IgM-FTA-ABS-Test							siehe Treponema pallidum Antikörper
immunes Anti-A, immunes Anti-B	7	9	EDTA				

Analyt	Beleg	Erforderliche Menge (ml)	Material	Referenzbereich	Dimension	Bemerkungen
Immunfixation im Serum	2	0,4	S	negativ		qual. Nachweis einer monoklonalen Gammopathie im Serum Anforderung über Paraproteindiagnostik im Serum
Immunfixation im Urin	2	5,0	U	negativ		qual. Nachweis einer monoklonalen Gammopathie bzw. renalen Ausscheidung von monoklonalen freien Leichtketten / Bence- Jones-Proteinurie im Urin; Anforderung über siehe Paraproteindiagnostik im Urin
Immunglobuline						siehe IgG, IgA, IgM, IgE und IgG-Subklassen bzw. Eiweißelektrophorese
Immunhämolyse (Abklärung)	7	10 5	Nativblut (weißer Verschluß) Citratblut			Telefonische Rücksprache unbedingt erforderlich.
Immunstatus (zellulär)	3	1	EDTA-Blut	Gesamt-B-Lymphozyten: 0 - 2 J.: 14 - 38 2 - 16 J.: 4 - 20 > 16 J.: 3 - 24 Gesamt-T-Lymphozyten: > 16 J.: 59 - 89 T4- Lymphozyten: 0 - 2 J.: 28 - 53 2 - 16 J.: 23 - 48 > 16 J.: 32 - 66 T8- Lymphozyten: 0 - 2 J.: 12 - 26 2 - 16 J.: 12 - 29 > 16 J.: 8 - 38 NK-Zellen: 0 - 19	%	Grundprogramm: Gesamt- B- und T-Lymphozyten, T4- und T8-Lymphozyten, NK-Zellen, zytotoxische T-Lymphozyten, T-Zell-Aktivierung / HLA-DR Bezüglich der Referenzwerte für die absoluten Zellzahlen siehe Befundausdruck!

Analyt	Beleg	Erforderliche Menge (ml)	Material	Referenzbereich	Dimension	Bemerkungen
Infliximab-Antikörper	2	0,5	Serum	untere Nachweisgrenze: 0,6	mg/l	die Untersuchung der Infliximab Antikörper wird bei allen Anforderungen zur Infliximab-Spiegelbestimmung automatisch durchgeführt.
Infliximab-Spiegel	2	1	Serum	herapeutischer Bereich µg/ml 3-7		therapeutisches Drug Monitoriung
Influenzavirus A RNA	4	1	Nasen- oder Nasenrachen- abstrich BAL u.a. SM	3		Der Notfall-Influenza/RSV-PCR-Test steht nur ausgewählten "Brennpunktbereichen" zur Verfügung
Influenzavirus B RNA	4	1	Nasen- oder Nasenrachen- abstrich BAL u.a. SM	negativ		Der Notfall-Influenza/RSV-PCR-Test steht nur ausgewählten "Brennpunktbereichen" zur Verfügung
inkomplette Wärme-Ak	7	9	EDTA			siehe Immunhämolyse (Abklärung)
Insulin	2	0,5	S	2,6 - 24,9	mU/l	nüchtern, hämolysefrei abnehmen.
Interleukin2-Rezeptor, löslich (sIL-2R)	2	100	S	19,1 - 68,5	U / ml	Indikator für zellvermittelten Immunprozeß: -Diagnose und Aktivität bei Sarkoidose -Diagnose bei Abstoßungsreaktion nach Organtransplantation - Verlaufskontrolle bei systemische Autoimmunerkrankungen (z.B. SLE, M. Wegener) - lymphoproliferative Erkrankungen / Lymphome

Analyt	Beleg	Erforderliche Menge (ml)	Material	Referenzbereich	Dimension	Bemerkungen
Interleukin-6	1	0,5	P (Li-Hep / EDTA)	< 15	pg/ml	< 15 pg/ml: praktisch sicherer Ausschluss einer Entzündung / Infektion 15 - 150 pg/ml: lokale Entzündung (Pneumonie, Abszess, Harnwegsinfekt etc.) > 150 pg/ml: systemische Entzündung, schweres Schädelhirntraums > 1000 pg/ml: Persistenz über mehr als 3 Tage - hohes Mortalitätsrisiko
				NG < 6 Tage: < 50		Neugeborene: < 50 pg/ml: praktisch sicherer Ausschluss einer Entzündung / Infektion <150 pg/ml: Infektion bei neg. CRP unwahrscheinlich; bei klin. Symptomatik Kontrolle 150-300 pg/ml: bei klinischer Symptomatik Kontrolle > 300 pg/ml: Patient meist behandlungsbedürftig Die Untersuchung ist aus Kostengründen nur für die Intensivstationen und die Kinderklinik zugelassen, sonst nach tel. Rücksprache (Tel.: 161-655).
Interleukin-6 im Liquor	1	0,2	L	< 11 ng	pg/ml	Interleukin-6 ist ein Zytokin, das vor allem von Monozyten / Makrophagen aber auch von Endothel und Epithel bei entzündlichen Prozessen freigesetzt wird. Eventuell zur Ergänzung in der Diagnose entzündlicher infektiöser und nicht infektiöser Erkankungen des zentralen Nervensystem. Eine mittlere Konzentrationen von 10,5 pg/ml wurden von Reiber als Referenzbereich angegeben (s. Lit.). Bei Ventrikuloostomie-assoziierten Infektionen wurden Werte > 2700 pg/ml berichtet. Bei eine Metaanalyse von Rong Yao et al wurden weit unterschiedliche Entscheidungsgrenzen zur Diagnose einer bakteriellen Meningitis zusammengefasst.

· · · · · · · · · · · · · · · · · · · 			1			
Analyt	Beleg	Erforderliche Menge (ml)		Referenzbereich	Dimension	Bemerkungen
lodid (ISE)	2	8	U	bis 1	mg/g Krea	Graubereich: 0,5 bis 1 Nur zur Untersuchung auf lodkontamination geeignet. Störung bei erhöhter Bromidkonzentration. Urin muss mind. 25 mg/dl Kreatinin enthalten, sonst ist eine aussagefähige Analytik nicht möglich und entfällt.
Kalium	1	0,5	P (Li-Hep)	m 3,5 – 4,5 w 3,4 – 4,4	mmol/l	Hämolysefrei abnehmen!
		5	24h-SU	m 10 - 14 Jahre: 2 w 10 - 14 Jahre: 1	8 - 34 22 - 57	Sammelmenge und -zeit angeben!
Kälte- (Auto-) Antikörper	7	10	Nativblut			Siehe AAK gegen Erythrozyten
Katecholamine Adrenalin Noradrenalin Dopamin	2	5	SU angesäuert	: 4 - 20 23 - 105 62 - 446	μg/24h	Bestimmung von Adrenalin, Noradrenalin und Dopamin. Referenzbereiche gelten für Erwachsene. Sammelbedingungen beachten! Urin muss einen pH-Wert < 3 haben! Sammelmenge und -zeit markieren.
Keuchhusten Antikörper						siehe Bordetella pertussis Antikörper
Knochenmark-Zytologie	3		EDTA - KM			Verfahren der speziellen Hämatologie (II. Med. Klinik)
Kokain	1	0,5 5	S	cut-off-Wert: 300	ng/ml	multiparametrisches Drogenscreening im Serum oder Urin Kalibratorsubstanz: Benzoylekgonin Nachweisbarkeitsdauer im Blut: mehrere Tage Nachweisbarkeitsdauer im Urin: ca. 3 Tage, nach exzessivem Konsum auch wesentlich länger
						Zur Bewertung der Ergebisse siehe Kreuzreaktivitätstabelle im Infoboard ILM / Allgemeine Informationen/ Testinformationen

Analyt	Beleg	Erforderliche Menge (ml)	Material	Referenzbereich	Dimension	Bemerkungen
Komplementfaktor C3	1	0,3	P (Li-Hep)	90 - 180	mg/dl	Das Komplementsystem setzt sich aus über 20 Plasma- proteinen zusammen und kann über einen klassischen und einen alternativen Weg aktiviert werden. Bei der klassischen Aktivierung wird durch Spaltung von C2 und C4 der Komplex der klassischen C3-Konvertase gebildet, beim alternativen Weg entsteht durch die Spaltung von Faktor B die alternative C3-Konvertase. Niedriges C3 bei normalen C4-Werten läßt auf eine Aktivierung des alternativen Komplementweges schließen. Cave: Diese Konstellation kann viele nicht-immunologische Ursachen haben. Normales C3 und niedriges C4 deutet auf einen C1- Inhibitormangel bzw. einen C4-Defekt hin.
Komplementfaktor C4	1	0,3	P (Li-Hep)	10 - 40	mg/dl	Pathophysiologie und Bewertung siehe Komplementfaktor C3

Analyt	Beleg	Erforderliche Menge (ml)	Material	Referenzbereich	Dimension	Bemerkungen
Kreatinin (Jaffe)	1	0,5	P (Li-Hep)	m,w: bis 2 M: 0,24 - 0,85 2 -12 M: 0,17 - 0,42 1 - 3 J: 0,24 - 0,41 3 - 5 J: 0,31 - 0,47 5 - 7 J: 0,32 - 0,59 7 - 9 J: 0,40 - 0,60 9 -11 J: 0,39 - 0,73 11 -13 J: 0,53 - 0,79 13 -15 J: 0,57 - 0,87 w: 16-99 J: 0,5 - 0,9 m:16-99 J: 0,7 - 1,2	mg/dl	Routinemethode Bei jeder Bestimmung wird automatisch die glomeruläre Filtration anhand der MDRD-Formel bzw. CKD-EPI-Formel berechnet. (siehe Kreatinin-GFR)
		5	Spontanurin 24h-SU	30-200 w: bis 1,4	g/24h	Sammelmenge und -zeit angeben!
Kreatinin (enzymatisch)				m: bis 2,5 w,m: 80 - 200	mg/dl	
		0,5	P (Li-Hep)	m,w: bis 2 M: 0,31 - 0,88 2 -12 M: 0,16 - 0,39 1 - 3 J: 0,18 - 0,35 3 - 5 J: 0,26 - 0,42 5 - 7 J: 0,29 - 0,47 7 - 9 J: 0,34 - 0,53 9 -11 J: 0,33 - 0,64 11 -13 J: 0,44 - 0,68 13 -15 J: 0,46 - 0,77 m:16-99 J: 0,67- 1,17	mg/dl	Die enzymatische Kreatininbestimmung kann nicht direkt angefordert werden, sondern wird automatisch nachgefordert, wenn bei der Kreatininbestimmung mittels Jaffe-Methoden Interferenzen durch hohe Bilirubinwerten auftreten.

Analyt	Beleg Erforderliche Material Referenzbereich		pereich	Dimension	Bemerkungen		
		Menge (ml)		rtojevenzoevett 2			
				w: 16-99 J	J: 0,51- 0,95		
Kreatinin-Clearance	1	0,5 5	P (Li-Hep) und 24h-SU	Frauen: Männer:	95 - 160 98 - 156	ml/min	 Alle Medikamente, die die Nierenfunktion beeinflussen, 24 h vor Testbeginn absetzen. Unmittelbar vor Testbeginn Blase entleeren Während des Test ausreichend Flüssigkeit verabreichen In der Mitte der Sammelperiode Blut abnehmen Urin sammeln, Sammelzeit und -menge bestimmen Blut (5 ml) und Urin (5 ml) gemeinsam ins Labor schicken. Faustregel: ab dem 40. Lebensjahr sinkt die GFR um ca. ml/min

Analyt	Beleg	Erforderliche Menge (ml)	Material	Referenzbereich	Dimension Bemerkungen
Kreatinin-GFR (GFR = glomeruläre Fitrationsrate)	1	0,5	P (Li-Hep)	> 60	ml / min / In der Literatur gibt es zahlreiche Formeln, mit denen die GFR 1,73 qm KÖ aus dem Serumkreatininwert berechnet ("geschätzt") wird. Die im ILM zur Berechnung d. GFR eingesetzten Formeln sind
Berechnung mittels MDRD-Formel Berechnung mittels CKD-Epi-Formel				w: 18-29 Jahre: 72-100 30-39 Jahre: 71-121 40-49 Jahre: 50-102 50-59 Jahre: 50- 98 60-69 Jahre: 45- 75 70-79 Jahre: 37- 61 > 80 Jahre: 27- 55 m: 18-29 Jahre: 94-140 30-39 Jahre: 59-137 40-49 Jahre: 76-120 50-59 Jahre: 67-109 60-69 Jahre: 54- 98 70-79 Jahre: 49- 79 > 80 Jahre: 30- 60	1. MDRD-Formel Mittels der vereinfachten MDRD-Formel kann aus dem Serum- Kreatinin-Wert unter Berücksichtigung von Alter und Geschlecht die GFR annähernd berechnet werden. Laut Literaturangaben liegt bei einer mittels MDRD-Formel ermittelten GFR von > 60 ml / min / 1,73 qm KÖ und ohne Nachweis einer Proteinurie (Albuminurie) keine chronische Nierenerkrankung vor. Eine genauere GFR-Bestimmung ist nicht notwendig. Bei einer GFR > 60 und Proteinurie bzw. bei einer GFR < 60 ist eine Abklärung und genauere GFR-Messung indiziert. Bei Menschen mit schwarzer Hautfarbe muss der Wert mit dem Korrekturfaktor 1,21 multipliziert werden. Die Abschätzung der GFR mittels MDRD-Formel kann zu Fehlern bei Patienten mit deutlich verändertem Body-Mass-Index führen. Die Berechnung ist nur für Erwachsene validiert. Bei Kindern und Jugendlichen entfällt deshalb die Berechnung der MDRD. 2.CKD-Epi-Formel ("Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration") Die MDRD-Formel unterschätzt die glomeruläre Filtrationsrate
окр-срі-гоппеі					(GFR) im höheren Bereich ab etwa 60 ml/min/1,73 qm, während die CKD-EPI-Formel in diesem Bereich die GFR korrekter abschätzt. Die Serumkreatinin-GFR-Schätzung bei Kinder und Jugendlichen bis 18 Jahren erfolgt mit speziell für dieses Alter validierten Formeln aus der Literatur.

		1		1		
Analyt	Beleg	Erforderliche Menge (ml)	Material	Referenzbereich	Dimension	Bemerkungen
Kreißsaalscreening	6		Vaginalabstrich Rektalabstrich			Screening bei Schwangeren (üblicherweise zwischen der 3537. Schwangerschaftswoche). Vaginal: Kulturelles Screening auf häm. Streptokokken der Gruppe B (S. agalactiae) Rektalabstriche mit Anforderung Kreißsaalscreening werden auf ESBL/MRGN untersucht
Kreuzprobe	7	9	EDTA	negativ		Automatische Folgeuntersuchung bei der Anforderung von Erythrozytenkonzentraten
Kryofibrinogen	2	7,5	EDTA-Blut	negativ		 Anforderung über Orbis oder handschriftlich auf Beleg 2. vollständig gefüllte EDTA-Monovette 7,5 ml Das Probenröhrchen muss unmittelbar nach Blutentnahme bei 37 °C ins Labor (siehe III.6. Transport von Probenmaterial bei 37°) gebracht werden. Die Einhaltung der Temperatur ist essentiell, damit kein Kryoglobulin oder –fibrinogen durch abfallende Temperaturen außerhalb des Körpers frühzeitig (vor der Analyse im Labor) ausfällt und zu falsch-negativen Ergebnissen führt. Probenannahme im Labor: Mo-Do: 8.00 - 14.00 Uhr Die Untersuchung im Labor kann nur durchgeführt werden, wenn das Probenmaterial unter Einhaltung der Präanalytik ins Labor transportiert wird. Bei positivem Ergebnis erfolgt eine Quantifizierung (%) mit Hilfe eines Kryokrit-Röhrchen.

Analyt	Beleg	Erforderliche Menge (ml)	Material	Referenzbereich	Dimension	Bemerkungen
Kryoglobuline	2	10	Nativblut (weisser Verschluss)	negativ		1. Anforderung über Orbis oder handschriftlich auf Beleg 2. 2. vollständig gefüllte Nativblut 7,5 ml 3. Das Probenröhrchen muss unmittelbar nach Blutentnahme bei 37 °C ins Labor (siehe III.6. Transport von Probenmaterial bei 37°) gebracht werden. Die Einhaltung der Temperatur ist essentiell, damit kein Kryoglobulin oder –fibrinogen durch abfallende Temperaturen außerhalb des Körpers frühzeitig (vor der Analyse im Labor) ausfällt und zu falsch-negativen Ergebnissen führt. 4. Probenannahme im Labor: Mo-Do: 8.00 - 14.00 Uhr Die Untersuchung im Labor kann nur durchgeführt werden, wenn das Probenmaterial unter Einhaltung der Präanalytik ins Labor transportiert wird.
						Bei positivem Ergebnis erfolgt - eine Quantifizierung (%) mit Hilfe eines Kryokrit-Röhrcher - automatisch eine Immunfixation zur weiteren Abklärung.

Analyt	Beleg	Erforderliche Menge (ml)	Material	Referenzbereich		Dimension	Bemerkungen
Kupfer (gesamt und frei)	2	0,5	Serum	0 - 3 Monate 46	9 -	µg/dl	Nicht aus EDTA-Plasma möglich. Frauen unter Estrogen-Substitution haben höhere Werte.
,				3 - 6 Monate 110	25 -		Freies Kupfer wird aus gesamt-Kupfer und Coeruloplasmin
	6-	6-12 Monate 130	50 -		berechnet (bei niedrigem Coeruloplasmin).		
				1 - 5 Jahre 150	80 -		
				5 - 9 Jahre 136	84 -		
				9 - 13 Jahre 121	80 -		
				13 - 18 Jahre 117	64 -		
				w > 18 Jahre 169	68 -		
				m > 18 Jahre 111	56 -		
				freies Kupfer: 6 - 1	19		

Analyt	Beleg	Erforderliche Menge (ml)	Material	Referenzbereich	Dimension	Bemerkungen
Laktat	1	0,5	P (Na-Fluorid)	0-4 W: 0 - 2,9 > 2 M: 0,5 - 2,2	mmol/l	Stoffwechselprodukt der anaeroben Glykolyse Regulatoren der Lactatelimination sind die Leber und die Nierenfunktion
	3	0,3	L	1 - 2T: 1,2-6,7 3 - 10T: 1,1-4,4 11T - 1J: 1,1-2,8 W:1 -18J: 0,6 -2,1 M:1 -18J: 0,9 -2,2 > 18J: 1,01-2,09	mmol/l	
Lamblien (Giardia lamblia)	4	Stuhl- röhrchen zu einem Drittel gefüllt	Stuhl			PCR
Lamblienantigen						siehe Parasitenantigen
LDH	1	0,5	P (Li-Hep)	< 12 Monate: 196 - 438 1 - 3 Jahre: 105 - 338 3 - 6 Jahre: 107 - 314 6 -12 Jahre: 112 - 307 12 -18 Jahre: 115 - 287 w >18 Jahre 135 - 214 m >18 Jahre 135 - 225	U/I	Die Lactatdehydrogenase (LDH) ist ein ubiquitäres zytoplasmatisches Enzym. Die höchsten LDH-Aktiviäten findet man in der Skelettmuskulatur, Herzmuskulatur, Leber, Niere, Milz, Lunge sowie in den Erythrozyten und Thromboyzten. Anforderung für LDH im Liquor auf Beleg 1 unter Liquor
			L	<20		

			1.			
Analyt	Beleg	Erforderliche Menge (ml)	Material	Referenzbereich	Dimension	Bemerkungen
LDL-Cholesterin	1	0,5	P (Li-Hep)	< 160	mg/dl	Bestimmung des atherogenen Cholesterinanteils. 2016: Für die routinemässige Lipidbestimmung müssen
						Patienten entsprechend den Empfehlungen der "European Atherosclerosis Society (EAS)" und "European Federation of Clincall Chemistry and Laboratory Medicine (EFLM)" nicht mehr nüchtern sein.
Legionella pneumophila DNA	4	2	BAL	nicht nachweisbar		Bitte senden Sie BAL ein. In Rachenabstrich sind Legionellen nicht zuverlässig zu finden.
Legionellen L. pneumophila	6		Urin			Antigennachweis
Leishmanien-AK (IgG und IgM)	5	500	Serum	negativ		In den Tropen, Subtropen und im Mittelmeerraum verbreitete Zoonose, die durch Phlebotomen übertragen wird.
						Antikörper sind bei viszeraler Leishmaniose in der Regel in hoher Konzentration nachweisbar, bei Hautleishmaniose nur in sehr niedriger Konzentration (v.a.bei Lymphknotenbeteiligung). Ein positiver Antikörperbefund gibt keine Auskunft über das Stadium der Infektion (asymptomatisch, symptomatisch oder erfolgreich therapiert). Ein negativer Befund schließt eine Leishmaniose nicht aus.
Leukämie-Typisierung	3	2	NH4-Heparin- Blut, heparinisiertes KM oder EDTA-Blut, EDTA -KM			Verfahren der Speziellen Hämatologie (II. Med. Klinik)

Analyt	Beleg	Erforderliche Menge (ml)	Material	Referenzbereich	Dimension	Bemerkungen
LH (Luteinisierendes Hormon)	2	0,5	S	Frauen: bis 14 J.: 0 - 2 15 - 50 J.: zyklusabhängig: Follikelphase: 2,4 - 12,6 Ovulations~: 14 - 96 Luteal~: 1 - 11,4 > 50 J.: 7,7 - 59 Männer: 1,7 - 8,6	mIU/mI	
Linezolid	2	0,25	P (EDTA)	therapeut. Bereich ist erregerabhängig	mg/l	Anforderung von Tal- oder Peakspiegel, gekühltes EDTA-Blut, Beurteilung anhand MHK
Lipase	1	0,5	P (Li-Hep)	13-60	U/I	Außer im Pankreas ist die Lipase in geringerer Konzentration auch in anderen Organen wie Lunge, Leber und im Magen-Darm-Trakt zu finden. Bei einer akuten Pankreatitis steigt die Lipasekonzentration im Blut 4-8 Stunden nach Schmerzbeginn an, erreicht ein Maximum nach etwa 24 Stunden und bleibt für 8-14 Tage erhöht. Die diagnostische Sensitivität beträgt annährend 100 % bei einer Spezifität von 91 %. Bei einem "cut off" über dem dreifachen des Referenzbereiches kann sogar von einer Spezifität von über 99 % ausgegangen werden. Die Lipase ist in der Diagnostik der akuten Pankreatitis der Amylase an Sensitivität überlegen, eine zusätzliche Bestimmung der Amylase bringt keine weitere diagnostische Information
Liquor (Zellzahl, Zellart)	3	2	L			Bestimmung von Zellzahl und Zellart Angaben zur (Verdachts-)Diagnose erforderlich!

			I.			
Analyt	Beleg	Erforderliche Menge (ml)	Material	Referenzbereich	Dimension	Bemerkungen
Liquorproteinprofil	2	je 1 ml	S, L	siehe Sonderbefund		Liquorproteinprofil gehört: 1. die quantitative Bestimmung von Albumin, IgG, IgA und IgM im Serum und Liquor 2. die Berechnung der Albumin-, IgG-, IgA-, IgM- Liquor- Serum- Quotienten 3. Auswertung im Albumin-, IgG-, IgA-, IgM-Quotientendiagramm (nach Reiber) 4. Ergänzung durch Bestimmung von oligoklonalen Banden
Lithium	1	1	S KEIN Plasma !	0,6 - 1,2 (therapeut. Bereich)	mmol/l	Blutentnahme 12 h nach letzter Einnahme. Eliminations-HWZ 14 - 33 h. Große Schwankungen auch bei normaler Nierenfunktion!
löslicher Transferrinrezeptor	1	300	P (Li-Hep)	m 20 - 71Jahre 1,8 - 4,7 w 20 - 71 Jahre 1,78 - 4,59 für Kinder und Jugendliche sind keine Referenzwerte verfügbar.	mg/l	Die Konzentation des sTfR korreliert eng mit der Menge des zellulären Rezeptors, die wiederum proportional ist der Menge des roten Knochenmarks und dem Eisendefizit der Erythropoese. sTfR erhöht: eisendefizitäre Erythropoese und alle Erkrank. mit gesteigerter Erythrozytenbildung (Polyglobulie, Erythrozytose, ineffektive Erythropoese, Hämolyse, längere Aufenthalt in großen Höhen) Bei einem Eisemmangel steigt die sTfR-Konzentration noch bevor es zu einem signifikanten Abfall der Hb-Konzentration kommt. sTfR ist ein Marker der funktionellen Eisenstatus, während Ferritin den Eisenspeicher repräsentiert. Der aus beiden Größen berechnete Ferritin-Index (=sTfR / log-Ferritin) ist ein Marker des Eisenangebotes Die sTFR-Konzentration wird im Gegensatz zur Ferritin- und Transferrinkonzentration nicht durch Akute-Phase-Reaktion / Entzündungsreaktion, Lebererkrankungen und Malignome beeinträchtigt. Daher ist die Bestimmung des sTfR-Spiegel hilfreich, um zwischen Eisenmagelanämie (IDA) und Anämie chronischer Erkrankungen (ACD) zu unterscheiden

Analyt	Beleg	Erforderliche Menge (ml)	Material	Referenzbereich	Dimension	Bemerkungen
Lp(a)	2	0,5	Serum	Zielbereich < 75	nmol/l	Lp(a) ist nicht von diätischen Einflüssen und Alter abhängig. Bei Lp(a) Konzentrationen über 75 nmol/l steigt das Koronarrisiko um etwa das Doppelte an. Bei Kombination mit erhöhten LDL-Cholesterin Konzentrationen steigt das Risiko ungefähr um das 6-fache. Basierend auf der Framingham-Studie aus dem Jahr 2003 gelten 75 nmol/l als Grenzwert für ein erhöhtes Risiko. Bei den meisten ethnischen Gruppen können erhöhte Lp(a) Spiegel gefunden werden, die niedrigsten kommen bei Asiaten und Menschen mit heller Hautfarbe vor. Im Vergleich zu Menschen mit heller Hautfarbe sind die mittleren Lp(a) Spiegel bei Indern oder Menschen mit dunkler Hautfarbe aus südlichen Regionen um das 2- bis 4-fache erhöht. Bis zu 68% der Menschen mit dunkler Hautfarbe weisen eine Lp(a) Konzentration > 75 nmol/l auf. Diese Konzentrationen kommen nur bei etwa 25% der Menschen mit heller Hautfarbe vor. ==> keine Referenzbereiche für verschiedene ethnische Gruppen vorhanden
Lues Diagnostik						siehe Treponema pallidum Antikörper
Lupusantikoagulanz Integrierte Testmethode nach ISTH dRVVT + PTT (MixCon)	3	korrekt gefüllte Mono- vette	Citratblut	dRVVT Ratio < 1,17 MixCon Ratio < 1,07	Normalisierte Ratio	Unbedingt Information zu Antikoagulation mit Dosis und Präparat

Analyt	Beleg	Erforderliche Menge (ml)	Material	Referenzbereich	Dimension	Bemerkungen
M. tuberculosis - Resistenztestung molekulargenetisch		Menge (mi)				Untersucht wird die Empfindlichkeit von M. tuberculosis für Isoniazid und Rifampicin Für die Rifampicin- Empfindlichkeit werden die häufigsten Mutationen am rpo-Genlocus, für die Isoniazid-Emfindlichkeit die häufigsten Mutationen an den katG- und inhA-Genloci untersucht.
						zu beachten. Diese Untersuchung kann nicht angefordert werden. Sie wird bei jeder neu nachgewiesenen Infektion mit M. tuberculosis automatisch - in der Regel 1x/ Patientenfall - vom Labor durchgeführt und das Ergebnis entsprechend den Vorgaben des Infektionsschutzgesetz auch an das Gesundheitsamt gemeldet.
Magnesium	1	0,5	P (Li-Hep)	0 - 4 Wochen 0,49 - 1,07 2 -12 Monate 0,62 - 0,95 1 - 14 Jahre 0,62 - 0,95 15 - 59 Jahre 0,66 - 1,07 60 - 90 Jahre 0,66 - 0,99 91 - 99 Jahre 0,7 - 0,95	mmol/l	Neben Kalium ist Magnesium das bedeutendste intrazelluläre Kation. Mg2+ ist Cofaktor vieler Enzymsysteme. 99% des Mg sind intrazellulär lokalisier (ca. 69% des Mg -lonen sind im Knochen gespeichert. Der Rest ist am intermediären Stoffwechsel beteiligt, zu 70% in freier Form und zu 30% an Proteine und Komplexbildner gebunden). Da nur 1% des Körper-Mg im Serum sind und davon 20% an Albumin gebunden sind, ist der Serunspiegel nur eingeschränkt für die Mg-Versorgung repäsentativ. Der Mg2+-Serumspiegel wird in sehr engen Grenzen konstant gehalten. Die Regulation erfolgt hauptsächlich über die Nieren.
		5	24h-SU	3 - 5	mmol/24h	Sammelmenge und -zeit angeben!
Malaria	1					Siehe Parasiten

Analyt	Beleg	Erforderliche Menge (ml)	Material	Referenzbereich	Dimension	Bemerkungen
Masernvirus Antikörper	5	1	S, L	Masern IgG negativ < 13,5 grenzwertig 13,5-16,5 positiv > 16,5 IgM negativ < 1	AU/ml Ratio:	Der LIAISON® Measles IgG Grenzwert con 13,5 AU / ml entspricht 175 mlU/mL ("Third International Standard for Anti-Measles" der WHO, NIBSC-Code: 97/648). Bei Werten > 175 mlU/ml kann von einer Immunität ausgegangen werden.
				Antikörperindex: unplausibel: < 0,6 negativ: 0,6 - 1,3 grenzwertig: 1,3 - 1,5 positiv > 1,5		Berechnung des Masernvirus - spezifischen Antikörperindex (AI); Voraussetzung: Liquorproteinprofil, siehe Belegart 2
Meningitis- / Encephalitispanel Biofire	4	0,5	Liquor	nicht nachweisbar		Das Liquorpanel wird nur für Intensivstationen und nur zu Routinezeiten des PCR-Labors durchgeführt. Es umfasst den DNA-Nachweis folgender Erreger: E. coli K1, Haemophilus influenzae, Listeria monocytogenes, N. meningitidis, Streptococcus agalactiae, Streptococcus, pneumoniae, CMV, Enteroviren, HSV-1, HSV-2, HHV-6, humanes Parechovirus, VZV Cryptococcus neoformans / gattii
						Wochenends oder Feiertags erfolgt die Diagnostik nur in Notfällen nach telefonischer Anforderung beim Dienstarzt ILM. Das Panel ersetzt die gezielte Einzelanalyse der jeweiligen Erreger nicht, da es eine schlechtere Sensitivität aufweist als die Einzelanalyse.
Meropenem	2	0,25	P (EDTA)	therapeut. Bereich ist erregerabhängig	mg/l	Anforderung von Tal- oder Peakspiegel, gekühltes EDTA-Blut, Beurteilung anhand MHK

Analyt	Beleg	Erforderliche Menge (ml)	Material	Referenzbereich	Dimensi	on Bemerkungen
Metanephrin	2	5	SU angesäuert	75 - 320	µg/24ł	Sammelbedingungen beachten! Urin muß einen pH-Wert < 3 haben! Sammelmenge und -zeit markieren! Normetanephrin und 3-Methoxytyramin werden gleichzeitig bestimmt. Referenzbereich für Kinder siehe Befund.
Metanephrine / Normetanephrin	2	0,5	EDTA-Plasma	Metanephrine: Normetanephrine:	< 100 pg/ml < 216	Für die Bestimmung der Metanephrine/Normeta- nephrin sind zahlreiche Stör- und Einflußgrößen zu beachten: Zur Vermeidung falsch positiver Ergebnisse wird empfohlen, die Blutabnahme liegend nach einer 20 minütigen Ruhephase durchzuführen. Verschiedene Nahrungsmittel (Nüsse, Süd- u. Zitrusfrüchte, kakao-, kaffee- u. vanillehaltige Produkte),sowie physischen und psychischen Stress bitte meiden. Die Blutentnahme sollte nicht nach den Mahlzeiten erfolgen. Weitere Interferenzen: 1. Isoprotenerol führen zu einer Erhöhung von Normetanephrin. 2. Ephedrin, trizyklische Antidepressiva, Phenoxybenzyamin, Levodopa oder Amphetamine und Genussmittel (Nikotin, Alkohol) Bewertung: Screening erfolgt mittels Bestimmung der Metanephrine im Plasma. Bei mehr als dreifach erhöhtem Wert über dem Normbereich gilt ein Phäochromocytom als bewiesen. Bei niedriger erhöhten Werten wird die erweiterte Diagnostik empfohlen (z.B. Clonidintest und / oder Metanephrine / Normetanephrine / Methoxytyramin im angesäuerten Sammelurin). Im negativen Fall kann ein Phäochromocytomverdacht weitgehend ausgeschlossen werden.

Analyt	Beleg	Erforderliche Menge (ml)		Referenzbereich	Dimension	Bemerkungen
Met-Hämoglobin	1	1	Heparin-Blut in PICO-Spritze (luftblasenfrei)	0,2 - 1,0	%	Methämoglobin ist ein Hämoglobinderivat, in dem das zweiwertige Eisenion durch Oxidation in den dreiwertigen Zustand versetzt wird. Diese Form ist sehr stabil und kann keinen Sauerstoff binden, transportieren oder abgeben. Zusätzlich steigert Methämoglobin durch eine Linksverschiebung der O2- Dissoziationskurve die Sauerstoffaffinität des restlichen Hämoglobins. Probe nicht kühlen und möglichst umgehend ins Labor bringen Lagerstabilität bei Raumtemperartur: ca. 4 Stunden
Methotrexat	1	1	P (Li-Hep) Na Heparin EDTA Plasma sind möglich	Richtwerte zur Vermeidung toxischer Nebenwirkungen: 24 h nach Infusionsbeginn < 10 µmol/l 48 h nach Infusionsbeginn < 0,5 - 1,0 µmol/l 72 h nach Infusionsbeginn < 0,05 - 0,10 µmol/l	µmol/l	Messbereich 0,04 bis 1,2 µmol/l, höhere Werte werden durch manuelle Probenvorverdünnungen bestimmt bitte beachten: bei Patienten, die mit Glucarpidase als "Antidot" nach einer Hochdosis Methotrexat Gabe behandelt wurden, ist eine MTX-Spiegelbestimmung mit diesem Reagenz frühestens 5-7 Tage nach Glucarpidase Gabe möglich. Der bei dieser Behandlung enstehende Metabolit (DAMPA) hat eine Kreuzreaktivität zwischen 63 und 100 %.
Methoxytyramin, (3-)	2	5	SU angesäuert	18 - 40 J: < 460 41 - 60 J: < 426 > 60 J: < 385	μg/24 h	Sammelbedingungen beachten! Urin muß einen pH-Wert < 3 haben! Sammelmenge und -zeit markieren! Parameter kann nicht alleine angefordert werden, sondern wird bei Anforderung von Metanephrin im Urin mitbestimmt.
Methylmalonsäure	2	1	S	53 - 300	nmol/l	Erhöhte Werte bei funkt. Vitamin B12-Mangel und /oder eingeschränkter Nierenfunktion.
		1	U	0,6 - 3,7	mg/g Krea	

Analyt	Beleg	Erforderliche Menge (ml)		Referenzbereich	Dimension	Bemerkungen
Microalbumin im Urin = Albumin im Urin	2	2	U 24h-SU	< 20 0 - 30	mg/l mg/24 h	24h- Sammelurin oder 2. Morgenurin Zur Berechnung der Tagesausscheidung Sammelmenge und -zeit angeben.
MOTT (= Mycobacteria other than tuberculosis) aus Direktmaterial siehe "atypische Mykobakterien"						
MRGN-Screening (multiresistente gramnegative Erreger)	6		(Anal-, Rektal-) Abstriche, Urin etc.			Kultureller Nachweis
MRSA-PCR (Methicillin - resistenter Staphylococcus aureus)	4		Abstrich	negativ		Nur für Intensivstation Mo Fr. 8:00 - 13:00 Uhr Der Goldstandard für die MRSA-PCR ist weiterhin der mikrobiologische Nachweis (Beleg 6)
MRSA-Screening (Methicillin - resistenter Staph. aureus) (Kultur)	6		Abstriche (z.B. Nase, kombinierter Nasen- /Rachen- Abstrich)			kultureller Nachweis Dauer in der Regel 48 Std.

Analyt	Beleg	Erforderliche Menge (ml)	Material	Referenzbereich	Dimension	Bemerkungen
Multiplate (Messung der Thrombo- zyten-Aggregations- fähigkeit mittels Impedanzaggregometrie)	3	korrekt gefüllte Spezial- Mono- vette	Hirudin-Blut	ADP-Test Männer 35 - 114 Frauen 50 - 132 TRAP-Test Männer 68 - 134 Frauen 79 - 151 COL-Test 46 - 117 ASPI-Test 75 - 136 RISTO-Test 40 - 201	AUC	Hirudinröhrchen sind im ITH/Gerinnung (Tel. 2783) erhältlich. Abnahmezeit auf dem Anforderungsbeleg notieren und Material sofort ins ILMU bringen. Die Untersuchung muss innerhalb von 2 h nach Abnahme erfogt sein. Zuvor muss die Probe 30 min ruhen. Diagnose Responder, Low Responder, Non-Responder bei Patienten unter Clopidogrel oder anderen ADP-Rezeptor- Anatagonisten. Diagnose Aspirinresistenz Diagnose Thrombozytopathie Die Werte werden beurteilt!
Mumpsvirus Antikörper	5	1	S, L	IgG negativ: <16 grenzwertig: >/= 16 - < 22 positiv >/= 22	U/ml Ratio	IgG - EIA
				negativ: <0,8 grenzwertig: >/= 0,8 - < 1,1 positiv >/= 1,1 Antikörperindex unplausibel: <0,6 negativ: 0,6 - 1,3 grenzwertig: 1,3 - 1,5 positiv: > 1,5	Kallo	Berechnung des Mumpsvirus - spezifischen Antikörperindex (AI); Voraussetzung: Liquorproteinprofil, siehe Belegart 2

				1		
Analyt	Beleg	Erforderliche Menge (ml)		Referenzbereich	Dimension	Bemerkungen
Mycobacterium tuber-	4	10	Sputum,	negativ		
culosis Komplex DNA		5	Bronchialsekret			
(PCR)		30	BAL u. Pleura-			
			punktat,			
		30	Magensaft,			
		50	Urin,			
		5	Liquor,			
		10	kein Blut!			
Mycoplasma genitalis/hominis-PCR						siehe Urethritis Erreger
Mycoplasma pneumoniae	5	1	S	lgG: < 20	VE	IgG - EIA (quantitativ)
Antikörper				lgM: negativ	Ratio	IgM - EIA (qualitativ)
•				lgA: negativ	Ratio	IgA - EIA (qualitativ)
						Bei V.a. akute Mycoplasmen-Infektion empfiehlt sich der Direktnachweis mittels PCR aus Abstrichmaterial.
Mycoplasmoides pneumoniae DNA	4	1	Rachenabstrich BAL u.a. SM	nicht nachweisbar		
Mykobakterien, atypische siehe "atypische Mykobakterien"						

				1		
Analyt	Beleg	Erforderliche Menge (ml)	Material	Referenzbereich	Dimension	Bemerkungen
Mykobakterien, M. tuberculosis	6	2-5 5 30	symptombe- zogen: Sputum Bronchialsekret BAL u. Pleura- punktat			Mikroskopischer Nachweis (Auraminfärbung) Kultureller Nachweis (Dauer bis zu 8 Wochen) Biopsien nicht in Formalin geben, sondern in kleiner Menge physiol. NaCl vor Austrocknung schützen Bitte keine Abstriche einsenden!
		30 30 mind. 5	Magensaft Urin (Morgenurin) Liquor, Gewebe, Lymphknoten etc.			Aktueller Hinweis: Bis auf Weiteres wird die kuturelle Mykobakteriendiagnostik in einem auswärtigen Labor durchgeführt. Anforderung über LAURIS -> auswärtige Untersuchungen. Siehe auch Rundschreiben.
Myoglobin	1	0,5	P (Li-Hep)	m: 28 - 72 w: 25 - 58	μg/l	Myoglobin wird ausschließlich in der Skelettmuskulatur und im Herzmuskel, nicht in der glatten Muskulatur exprimiert. Somit ist eine organbezogene Differenzierung zwischen Skelett- und Herzmuskulatur nicht möglich. Die Plasmahalbwertszeit beträgt nur 10-20 Minuten, da es rasch durch glomeruläre Filtration eliminiert wird. Bei Verdacht auf eine signifikante Myoglobinurie kann die Untersuchung mit dem Urinteststreifen hilfreich sein. Das Testfeld "Hämoglobin" auf dem Teststreifen reagiert auch bei Anwesenheit von Myoglobin positiv.

Analyt	Beleg	Erforderliche Menge (ml)	Material	Referenzbereich	Dimension	Bemerkungen
Natrium	1	0,5	P (Li-Hep)	136 - 145	mmol/l	Natrium ist das Hauptkation im EZR. 98 % des austauschbaren Na befinden sich im EZR, nur 2 % im IZR. Die Hauptaufgabe des Na liegt in der Aufrechterhaltung der Osmolalität. Es ist damit auf das engste mit der Regulation des extrazellulären Volumens und des Wasserhaushaltes verbunden
		5	24h-SU	67 - 268	mmol/24h	Sammelmenge und -zeit angeben! Die Natriumausscheidung im Urin unterliegt einer starken circadianen Rhythmik mit einem Minimum in der Nacht und ist stark abhängig von der diätetischen Zufuhr und dem Hydratationszustand. Bei Patienten mit Hyponatriämie und renal-bedingtem Natriumverlust ist die Urinnatrium-Konzentration > 20 mmol/l. Hyponatriämie bei extrarenalem Natriumverlust geht mit Natriumkonzentrationen im Urin von < 10 mmol/l einher.
Neisseria gonorrhoeae PCR						siehe Urethritis Erreger, zusätzlich ist die mikrobiologische Kultur (6er Beleg) ratsam
Nicht-tuberkulöse Mykobakterien aus Direktmaterial						siehe "atypische Mykobakterien"
NOAK						siehe DOAK

Analyt	Beleg	Erforderliche Menge (ml)	Material	Referenzbereich	Dimension	Bemerkungen
Non-HDL-Cholesterin	1			Zielbereiche: bei hohem kardiovaskulären Risiko: Zielbereich: < 85	mg/dl	berechnete Differenz von Gesamt-Cholesterin und HDL-Cholesterin: Der Wert umfasst sämtliche kardiovaskulär wirksamen Cholesterinfraktionen (LDL-, IDL, VLDL-Cholesterin, Chylomikronen und LDL-remnants)
				bei hohem kardiovaskulären Risiko: Zielbereich: < 100		Aktuell wird zur Festlegung des sekundären Behandlungsziels der lipidsenkenden Therapie sowie zur Abschätzung des kardiovaskulären Risikoprofils bei Personen mit hohen Triglyzerid-Werten, Diabetes mellitus, Adipositas oder niedrigem LDL die Berechnung des Non-HDL-Cholesterins empfohlen
				beu moderatem kardio- vaskulären Risiko: Zielbereich: < 130 mg/dl		Die früher favorisierte Heranziehung des LDL/HDL-Quotienten gilt inzwischen als wenig bzw. nicht aussagekräftig und wurde verlassen.
Noradrenalin	2	5	SU angesäuert	Erw. bis 80	μg/24h	siehe Katecholamine.
Norcardien	6		Eiter, Sekrete Punktate Gewebe			Kultureller Nachweis mit verlängerter Bebrütungszeit
Normetanephrin	2	5	SU angesäuert	105 - 390	μg/24h	siehe auch Metanephrin. Referenzbereich für Kinder siehe Befund.
			P (EDTA) oder P (Heparin)			siehe Metanephrine / Normetanephrin im Plasma
Norovirus Genogruppe 1 RNA Norovirus Genogruppe 2 RNA	5	erbsgroß	Stuhl	nicht nachweisbar		Nachweisgrenzen: Noro-Genogruppe-I: < 1.500 Kopien / ml Noro-Genogruppe-II: < 250 Kopien / ml

Analyt	Beleg	Erforderliche Menge (ml)	Material	Referenzbereich	Dimension	Bemerkungen
NSE (Neuron Spezifische Enolase)	2	0,5	S SM/L	0 – 16,3 bis 20 (Liquor)	ng/ml ng/ml	Kinder haben altersabhängig höhere Werte bis 25 ng/ml. Wichtig: Hämolysefrei abnehmen und sofort ins Labor schicken. Bearbeitung nur werktags (Fr. bis 12 Uhr). Bedingt lagerfähig, daher Probenabnahme am Wochenende vermeiden. Plasma kann nicht verwendet werden!!
NT-proBNP (= N-terminales prohormon B-type Natriuretic Peptide)	1	0,5	P (Li-Hep)	w: 0-16 J: < 83 17-45 J: < 116 46-54 J: < 169 55-64 J: < 247 65-74 J: < 285 75-99 J: < 738 m: 0-16 J: < 62 17-45 J: < 63 46-54 J: < 84 55-64 J: < 161 65-74 J: < 241 75-99 J: < 486	pg/ml	Laut Literatur beträgt der cut-off-Wert zum Ausschluss einer kardialen Funktionsstörung wie z.B bei akuter Dyspnoe 125 pg/ml für Patienten < 50 Jahren 450 pg/ml für Patienten ab 75 Jahren. Bei folgenden Werten ist bei akuter Dyspnoe eine Herzinsuffizienz die wahrscheinlichste Ursache: > 450 pg/ml bei Patienten < 50 Jahren > 900 pg/ml bei Patienten zwischen 50 - 75 Jahren > 1800 pg/ml bei Patienten > 75 Jahren Adipöse Patienten haben niedrigere, Patienten mit eingeschränkter Nierenfunktion höhere Grenzwerte.
Oligoklonales IgG	2	1,0 1,0	L und S	negativ		isoelektrische Fokussierung von Serum und Liquor zum qual Nachweis einer intrathekalen IgG-Synthese. Anforderung erfolgt über Liquorproteinprofil. Eine zuverlässige Burteilung setzt immer die Testdurchführung im Serum und Liquor, die möglichst zeitgleich gewonnen werden, voraus.
onkoneuronale AAK						siehe AAK gegen Hu, AAK gegen Ri, AAK gegen Yo, AAK gegen Amphiphysin

Analyt	Beleg	Erforderliche Menge (ml)	Material	Referenzbereich	Dimension	Bemerkungen
Opiate	1	0,5 5	P (Li-Hep) U	cut-off-Wert: 40 cut-off-Wert: 300	ng/ml	multiparametrisches Drogenscreening im Serum oder Urin Kalibratorsubstanz: Morphin Nachweisbarkeitsdauer im Blut: Mehrere Stunden bis wenige Tage (stark dosisabhängig!) Nachweisbarkeitsdauer im Urin: 2 bis 3 Tage
						Zur Bewertung der Ergebisse siehe Kreuzreaktivitätstabelle im Infoboard ILM / Allgemeine Informationen/ Testinformationen
Osmolalität	1	0,5 5	P (Li-Hep) U	280 - 300 50 -1200	mosmol/ kg Wasser	Die Osmolalität ist die molare Konzentration aller osmotisch wirksamen Substanzen bezogen auf 1 kg H2O. Serum-/Plasmaosmolalität ist die wichtigste Meßgröße zur Beurteilung der internen Wasserbilanz. Änderungen der Plasmaosmolalität gehen beim euglykämischen Patienten meist mit der Änderung der Natriumkonzentrationen parallel, denn die Natriumionen machen nahezu die Hälfte der gesamten Plasmaosmolalität aus. Aber auch andere osmotisch aktive Substanzen beeinflussen die Osmolalität (z.B. Ethanol).
Östradiol (17-beta)	2	0,5	S	Frauen: < 10 J.: 6 - 27 Follikelphase: 12,4 -233 Ovulationsphase:41 - 398 Lutealphase: 22,3 - 341 postmenopausal: bis 138 Männer: bis 10 J.: bis 20 > 10 J: 11,3 - 43,2	pg/ml	Schwangere bis über 30.000 pg/ml Messergebnisse bei Behandlung mit Fulvestrant falsch erhöht.
pANCA						siehe AAK gegen zytoplasmatische Antigene in neutrophilen Granulozyten

Analyt	Beleg	Erforderliche Menge (ml)	Material	Referenzbereich	Dimension	Bemerkungen
Pankreaselastase im Stuhl	2	erbsgroß	Stuhl	normal: > 200 bei exokriner Pankreas- insuffizienz erniedrigt: leicht/mittel: 100 - 200 schwer: < 100	µg/g Stuhl	Bestimmung der Pankreaselastase im Stuhl erfolgt mittels Immunoassay. Diagnostische Sensitivität und Spezifität ist vergleichbar mit Sekretin-Pankreozymin-Test. Wassrige Stühle können zu falsch pathologischen Ergebnissen führen.
Papillomaviren DNA						siehe Humane Papillomaviren
Pappataci-Fieber ("Toskana-Fieber") Antikörper						siehe Sandfliegenfieber Virus Antikörper

Analyt	Beleg	Erforderliche Menge (ml)	Material	Referenzbereich	Dimension	Bemerkungen
Paracetamol	1	0,5	P (Li-Hep)	siehe Bemerkung	mg/l	untere Messbereichsgrenze: 5,0 mg/l
						I. akute Vergiftung: Das Rumack-Matthew-Nomogramm (siehe Internet) kann verwendet werden, wenn die Zeit der Einnahme bekannt ist, um das Risiko von Leberschäden auf der Basis von Paracetamol-Serumkonzentrationen abzuschätzen. Im Falle einer einmaligen akuten Überdosierung mit herkömmlichen Paracetamol-Präparaten oder schnellwirksamen Paracetamol-Präparaten, werden die Spiegel ≥ 4 h nach Einnahme gemessen und in das Nomogramm eingetragen: - Paracetamolkonzentration ≤ 150mg/l und Fehlen von Vergiftungszeichen: Hepatotoxizität unwahrscheinlich - Höhere Konzentrationen weisen auf ein mögliches hepatotoxisches Risiko hin. - Bei akuten Paracetamolintoxikationen mit langsam freigesetzten Paracetamol-Präparaten sollten die Paracetamol- konzentration ≥ 4 Stunden nach Einnahme und nach weiteren 4 Stunden bestimmt werden; sofern einer dieser Werte oberhalb der Rumack-Matthew-Toxizitätskurve liegt, sollte eine Behandlung erfolgen.
						Übermäßiger chronischer Gebrauch / wiederholte Überdosierungen (chron. Vergiftung): - GOT/GPT im Normbereich, Paracetamol-Spiegel <10 μg/ml:
						Hepatotoxizität unwahrscheinlich. - GOT/GPT erhöht: Hepatotoxizität wahrscheinlich (unanhängig von der Paracetamol-Serumkonzenration) - GOT/GPT im Normalbereich, Paracetamol ≥10 mg/ml: Leberschädigung möglich. Wiederholung GOT/GPT nach 24h
Parainfluenzavirus 1 - 4 RNA	4	1	Rachenabstric BAL u.a. SM	h nicht nachweisbar		

Analyt	Beleg	Erforderliche Menge (ml)	Material	Referenzbereich	Dimension	Bemerkungen
Paraneoplastische AK	2	0,05	S	negativ		mulitparametrischer Immunoblot mit Nachweis von Hu, Ri, Yo, Amphiphysin-, CV2/CRMP-, Ta-AK (Firma Euroimmun)
		0,1	Liquor	negativ		GAD65, Tr, SOX1, Zic4, Recoverin und Titin
Parasitenantigene (Amöben, Lamblien, Cryptosporidien)	5	erbsgroß	Stuhl	negativ		multiparametrischer Test zum Nachweis von Amöben-, Cryptosporidien- und G.lamblia-Antigen.
Parasitennachweis im Blut	1	1	EDTA-Blut	negativ		Untersuchung auf Malariaerreger, Trypanosomen, Mikro- filarien u.a. im peripheren Blut . Spezielle Reiseanamnese des Patienten mitteilen!
Parathormon (PTH)	2	0,5	S P (EDTA)	15 - 65	pg/ml	Intra-OP Bestimmung von PTH aus EDTA-Plasma muss am vorhergehenden Werktag telefonisch angemeldet werden (Tel. 3856) für schnelle Bearbeitung.
Parvovirus B19 Antikörper	5	1	S	< 2,5 < 1,1	(Ratio)	IgG - CLIA IgM - CLIA
Parvovirus B19 DNA (quantitativ)	4	5	EDTA-Blut, Knochenmark	nicht nachweisbar	IU/ml	Nachweisgrenze: 103 IU/ml
Pertussis Antikörper						siehe Bordetella pertussis Antikörper
Pfeiffer'sches Drüsenfieber Antikörper						siehe Epstein - Barr - Virus Antikörper
Phenytoin	1	0,5	P (Li-Hep)	therapeutischer Bereich: 10 - 20 toxischer Bereich: > 20	µg/ml	Eliminations-HWZ abhängig von Serumkonzentration und Proteinbindung. Engmaschige Überwachung notwendig.

Analyt	Beleg	Erforderliche Menge (ml)	Material	Referenzbereich	Dimension	Bemerkungen
Phosphat	1	0,5	P (Li-Hep)	w: 0- 1 M: 0,97 - 2,58 2- 3 M: 0,97 - 2,42 4-12 M: 0,81 - 2,26 13-24 M: 0,97 - 2,1 2-13 J: 0,81 - 1,94 14-16 J: 0,97 - 1,81 17-18 J: 0,97 - 1,55 m: 0- 1 M: 0,87 - 2,33 2- 3 M: 0,97 - 2,20 4-12 M: 0,97 - 2,20 4-12 M: 0,97 - 2,23 13-24 M: 0,81 - 2,07 2-13 J: 0,97 - 1,94 14-16 J: 0,97 - 1,74 17-18 J: 0,97 - 1,68 w,m: 19-99 J: 0,87 - 1,45	mmol/l	
		5	U	1. Morgenurin: 13-44	mmol/l	
			SU	13-42	mmol/24h	
Phosphat-Clearance	1	0,5 5	P (Li-Hep) und 24h-SU	5,4 - 16,2	ml/min	 Alle Medikamente, die die Nierenfunktion beeinflussen, 24 h vorTestbeginn absetzen. Unmittelbar vor Testbeginn Blase entleeren. Während des Tests ausreichend Flüssigkeit verabreichen. In der Mitte der Sammelperiode Blut abnehmen. Urin sammeln, Sammelzeit und -menge bestimmen. Blut (5 ml) und Urin (5 ml) gemeinsam ins Labor schicken.

Analyt	Beleg	Erforderliche Menge (ml)	Material	Referenzbereich	Dimension	Bemerkungen
Pilocarpin-lontophorese- Test	2			Chlorid: 0 - 30 Leitfähigkeit: - normal: 0 – 50 - Graubereich: 50 - 80	mmol/l	Screnningtest für Mukoviszidose. Telefonische Anmeldung erforderlich. Bei Werten im Grenzbereich ist eine Kontrolluntersuchung zu empfehlen. (Labor Kinderklinik)
Piperacillin	2	0,5	P (EDTA)	therapeut. Bereich ist erregerabhängig	mg/l	Anforderung von Tal- oder Peakspiegel, gekühltes EDTA-Blut, Beurteilung anhand MHK
PL (Prolactin) und monomeres PL	2	0,5	S	Frauen: 102 – 496 Männer: 86 – 324	mU/l	Stressfrei punktieren, Medikamente evtl. absetzen. Das monomere PL wird bei PL > 1000 nach PEG- Fällung bestimmt.
Plasmatauschversuch	3	korrekt gefüllte Mono- vette	Citratblut	wird beurteilt		diagnostische und therapeutische Angaben unbedingt erforderlich. Siehe auch PTT Actin-Lupusinsensitiv Eingeschränkte Aussage unter Antikoagulation (ggf RS): Heparin
Lupusantikoagulanz dRVVT				wird beurteilt		Vitamin K Antagonisten (Ausgleich teilweise möglich) Neue orale Antikoagulantien => Medikament und Dosis unbedingt angeben
Lupusantikoagulanz MixConLA				wird beurteilt		
Plasminogen	3	korrekt gefüllte Mono- vette	Citratblut	75 bis 150	%	Bestimmung z.B. im Rahmen der Thrombophiliediagnostik in Einzelfällen sinnvoll. ggf Rücksprache.

Analyt	Beleg	Erforderliche Menge (ml)		Referenzbereich	Dimension	Bemerkungen
Pleurapunktat	3	1	Punktat			Bestimmung von Zellzahl und Zellart. Angaben zur (Verdachts-)Diagnose erforderlich! (Bakteriologische Untersuchungen auf Beleg 6)
Pneumocystitis jirovecii PCR	4	2	BAL, TBS, Rachenspül- wasser (Sputum)	negativ (Nachweisgrenze <73)		Der positive DNA-Nachweis spricht bei entsprechender Symptomatik des Patienten für das Vorliegen einer Pneumocystis-Pneumonie. Ist jedoch das Beschwerdebild des Patienten untypisch, muss ein positiver DNA-Nachweis nicht zwingend für eine Infektion sprechen, sondern kann auch eine pulmonale Besiedelung mit P. jiroveci widerspiegeln. In diesen Fällen ist jedoch eine deutlich niedrigere Keimdichte zu erwarten. Die vorliegend beschriebene Methode ermöglicht eine Quantifizierung des Ergebnisses mit Angabe der Kopienzahl/µl Probe. Hierdurch soll die Interpretation des Ergebnisses hinsichtlich der Unterscheidung von Infektion und Besiedelung erleichtert werden.
PNH - Paroxysmale nächtliche Hämoglobinurie	3	5	EDTA-Blut	wird beurteilt		Durchführung der Untersuchung nach tel. Absprache
Porphobilinogen	2	10ml	(lichtgeschützt!)	im 24h-Sammelurin (SU): 0,1 - 1,7 0,442 - 7,5	mg/24h mmol/24h	erhöhte Werte bei akuter intermitierender Porophyrie, Porphyria variegata, hereditärer Coproporphyrie, leicht erhöht bei Porphyria cutanea tarda
			(lichtgeschützt!)	im Spontanurin negativ: < 0,89 grenzwertig: 0,89 - 2,36 positiv: > 2,36	µmol/mmol Krea	erhöhte Werte können auftreten bei Einnahme von Phenothiazinen, erniedrigte Werte bei Cisplatin- Therapie

Analyt	Beleg	Erforderliche Menge (ml)	1,10,000	Referenzbereich	Dimension	Bemerkungen
Porphyrie-Screening	2	10 ml	24h-SU (lichtgeschützt) oder Spontanurin (lichtgeschützt)			im Porphyrie-Screening sind enthalten: Gesamtporphyrine, Porphobilinogen (PBG) und delta/5-Aminolävulinsäure (d/5-ALS) weitere Angaben unter Porphobilinogen und 5-Aminolävulinsäure
Präeklampsiemarker PIGF, sFlt-1	2	0,5	S	Quotient sFlt-1/ PIGF < 38		Risikobewertung für Präeklampsie erst ab der 20 SSW. PIGF = plazentarer Wachstumsfaktor sFlt-1 = lösl. fms-ähnliche Tyrosinkinase Unbedingt Schwangerschaftswoche (SSW) angeben, sonst keine Bewertung möglich!

Analyt	Beleg	Erforderliche Menge (ml)	Material	Referenzbereich	Dimension	Bemerkungen
Procalcitonin	Beleg 1	-	Material P (Li-Hep)	PCT < 0,05 ng/ml: Diese Werte weisen Personen ohne sytemische bakterielle Infektion auf PCT <0,5 ng/ml: Systemische Infektion ist unwahrscheinlich, lokale bakterielle Infektion möglich PCT ≥ 0,5 - < 2 ng/ml: Systemische Infektion möglich, aber es sind verschiedene Situatuionen bekannt die ebenfalls PCT induzieren können PCT ≥ 2 - < 10 ng/ml: Systemische Infektion wahrscheinlich, sofern nicht andere Gründe vorliegen	ng/ml	Die Untersuchung ist nur für die Intensivstationen und ausgewählte Stationen zugelassen, sonst nach tel. Rücksprache (Tel.: 161-655) Referenzbereich laut Herstellerangaben PCT Konzentrationen können auch ohne Vorliegen einer infektiösen Ursache unter bestimmten Umständen erhöht sein. z.B. bei: - anhaltendem oder schwerem kardiogenem Schock - bei anhaltender schweren Störung der Organdurchblutung - bei kleinzelligem Bronchialkarzinom oder medullären C-Zell-Karzinom der Schilddrüse - kurz nach einem schwerwiegendem Trauma, einem größeren chirurg. Eingriff oder schweren Verbrennungen - bei Behandlungen, die die Freisetzung von entzündungsfördernden Zytokinen stimulieren - Patienten mit invasiven Pilzinfektionen, akuten Phasen einer Plasmodium falciparum Malaria - bei Neugeborenen (< 48h nach Geburt) Niedrige Werte schließen eine bakterielle Infektion nicht automatisch aus. Solch niedrige Werte können z.B. während der frühen Phase einer Infektion, bei lokal begrenzten Infektionen sowie bei subakuter Endokarditis auftreten.
				PCT ≥ 10 ng/ml: Ausgeprägte systemische Entzündungsreaktion nahezu ausschließlich infolge einer schweren bakteriellen Sepsis oder		

Analyt	Beleg	Erforderliche Menge (ml)		Referenzbereich	'n	Dimension Bemerkungen
				Schocks		
Progesteron	2	0,5	S	•	e: 0,12 - 12	ng/ml
				Männer: <	< 0,15	

Analyt	Beleg	Erforderliche Menge (ml)	Material	Referenzbereich	Dimension	Bemerkungen
Progesteron - 17-OH	2	0,5	Speichel	Frauen 20 -50 Jahre: 0,35 - 4,13 >50 Jahre: 0,32 - 2,72 Follikelphase: 0,65 - 1,91 Lutealphase: 0,78 - 3,20 Männer 20 -50 Jahre: 0,32 - 3,32 >50 Jahre: 0,40 - 2,39 Mädchen / Jungen <10J < 4,36 / < 1,68 <15J 0,38-3,77 / 0,31-3,05 <19J 0,62-3,25 / 0,73-3,45 Säuglinge <12 Monate <3,98(Extrak.) nach ACTH- Stimulation <3 6-12 Jahre: 3,0-32,9 Frauen (21-50 Jahre): - Lutealphase: 8,2 - 41,1 - Follikelphase: 28,1 - 84,8 Männer (21-70 Jahre) 10,6 - 54,8	ng/ml	Referenzbereich für Frauen zyklusabhängig. <12M: Konzentration kann durch Anwesenheit hoher Steorid-Konzentrationen falsch hoch sein. Ggf. ist eine Analyse mit vorausgehender Probenextraktion im Fremdlabor zu erwägen. Zur Speichelsammlung möglichst eine Salivette verwenden
Prolactin siehe PL		0,5				

Analyt	Beleg	Erforderliche Menge (ml)	Material	Referenzbereich	Dimension	Bemerkungen
Protein	1	0,5	P (Li-Hep)	0 - 4 Wochen: 4,6 - 6,8 1- 12 Monate: 4,8 - 7,6 1 - 18 Jahre: 6,0 - 8,0 19 - 120 Jahre: 6,2 - 8,0	g/dl	
		2	U	0 - 0,15	g/l	
	3	0,3	L	0 - 1 Monat: 0,25 - 0,72 2 - 3 Monate: 0,2 - 0,72 4 - 6 Monate: 0,15 - 0,5 7-12 Monate: 0,1 - 0,45 13 -24 Monate: 0,1 - 0,4 2 - 4 Jahre: 0,1 - 0,38 5 - 8 Jahre: 0,1 - 0,43 9 -120 Jahre: 1,15 - 0,45	g/l	
Protein C (funktionell)	3	korrekt gefüllte Mono- vette	Citratblut	70 - 140	%	Diagnostische Angaben erforderlich Orale Antikoagulanzien (Marcumar, NOAK, usw.) beeinflussen das Ergebnis.
Protein S (funktionell) Protein S (frei)	3	korrekt gefüllte Mono- vette	Citratblut	W: 52 - 126 M: 73 - 130	%	Diagnostische Angaben erforderlich Orale Antikoagulanzien (Marcumar, NOAK, usw.) beeinflussen das Ergebnis.

Analyt	Beleg	Erforderliche Menge (ml)	Material	Referenzbereich	Dimension	Bemerkungen
Proteinprofil im Liquor	2	1,0	L und S	Liquor: Albumin: 11,0 - 35,0 mg/dl lgG: 1,4 - 4,0 mg/dl lgM: 0,05 - 0,15 mg/dl lgA: 0 - 0,6 mg/dl Serum: Normwerte altersabhängig; siehe Albumin im Serum und lgG, lgA und lgM im Serum	mg/dl	Die Beurteilung einer Blut-Liquor-Schrankenstörung und/oder intrathekalen IgG-Synthese kann nur erfolgen, wenn IgG und Albumin gleichzeitig im Liquor und Serum bestimmt werden. Auswertung erfolgt mittels REIBER-Schema. Die Bestimmung des Albumin-Liquor-Serum-Quotienten und der Ig-Liquor-Serum-Quotienten ist Vorraussetzung für die Messung erregerspezifischer Antikörperindizes. *angegebene erforderliche Menge bezieht sich auf Liquorproteinprofil und oligoklonale Banden.
Proteinurieabklärung	2	1,0	U	Totalprotein: <100 Albumin: 0 - 20 IgG: 0 - 10 a1-Mikroglobulin: 0 - 14 a2-Makroglobulin: 0 - 10	mg/g Krea	 ml eines 24-Std-Sammelurins oder 2. Morgenurins. Bestimmung von Gesamteiweiß, Albumin, IgG, alpha-1-Mikro- und ggf. alpha-2-Makroglobulin und Beurteilung (Unterscheidung glomeruläre, tubuläre, prärenale oder postrenale Proteinurie)
Prothrombin - Mutation	3	1	EDTA- oder Citratblut			humangenetische Untersuchung, die eine Einverständniserklärung erfordert. Untersuchung zur Abklärung einer Thrombophilie mit Nachweis einer 20210G-A-Transition zu beachten: Antikoagulation (z.B. mit Heparin- oder Marcumar) stört nicht! OMIM-G: 176930, OMIM-P: 188050
PSA (Prostata Spezifisches Antigen)	2	0,5	S	W: 0 - 0,1 M: bis 40 J.: bis 1,4 40 - 50 J.: bis 2 50 - 60 J.: bis 3,1 60 - 70 J.: bis 4,1 ab 70 J.: bis 6	ng/ml	Vor anderen diagnostischen Maßnahmen abnehmen! (Methode standardisiert am Stanford Referenzstandard WHO 96/670, zur Risikostratifizierung geeignet.)

Analyt	Beleg	Erforderliche Menge (ml)	Material	Referenzbereich	Dimension	Bemerkungen
PSA (freies)	2	0,5	S	wenn > 15 wahrscheinlich benigne	%	Bewertung des Quotienten freies PSA / Gesamt-PSA, wird bei Gesamt-PSA-Werten von 3 bis 20 ng/ml durchgeführt.
PTT (Partielle Thrombo- plastinzeit)	1	korrekt gefüllte Mono- vette	Citratblut	26 - 36	sec	
PTT (Actin - Lupusinsensitiv)	3	volto		26 - 34		Abklärung Inhibitoren/Störfaktoren, Abklärung Lupusantikoagulanz; "Tauschversuch" UFH Monitoring bei Antiphospholipid-Antikörpern
Quick	1	korrekt gefüllte Mono- vette				siehe TPZ

Analyt	Beleg	Erforderliche Menge (ml)	Material	Referenzbereich	Dimension	Bemerkungen	
Renin	2	0,5	EDTA-P (RT)	< 3 Jahre: 11,6-55,6 3 - 5 Jahre: 10,6-66,9 5 - 7 Jahre: 11- 70,6 7-11 Jahre: 8,1 - 55,6 11-15 Jahre: 7,5 - 56,9 15-18 Jahre: 7,5 - 39,4 > 18 Jahre in Ruhe: 11,6 - 55,6 nach Belastung: 2,6-27,7	ng/l	Indikation: primärer / sekundärer Hyperaldosteronismus, arterielle Hypertonie Die Aussagekraft ohne gleichzeitige Bestimmung der Aldosteronkonzentration ist meist beschränkt Die Berechnung des Aldosteron-Renin-Quotienten erfolgt automatisch, wenn Aldosteron und Renin im gleichen Auftrag angefordert sind. Präanalytik EDTA-Plasma; Probenmaterial sofort nach Abnahme (bei Raumtemperatur!) ins Labor bringen. Probe darf nicht gekühlt werden! falsch hohe Werte: geringe Na-Zufuhr, Hypotonie, Hypovolämie, Bartter-Syndrom Medikamente: Laxanzien, Diuretika, orale Kontrazeptiva Clonidin, b-Blocker, Methyldopa, Alodsteronantagonisten, Hydralazin, Diazoxid, ACE-/ AT1-Inhibitoren falsch niedrige Werte: verzögerte Probenverarbeitung, hohe Natriumzufuhr	=
Respiratory syncytial Virus (RSV) RNA	4	1	Nasenrachenab strich, oder - Spülwasser, BAL u.a. SM	nicht nachweisbar		Der Notfall-Influenza/RSV-PCR-Test steht nur wochenends zur Verfügung	

Analyt	Beleg	Erforderliche Menge (ml)	Material	Referenzbereich	Dimension	Bemerkungen
Retikulozyten - Hämoglobin (RetHb)	1	2	EDTA-Blut	Erwachsene 28 - 35	pg	Mit der Bestimmung des RetHe erhält man Auskunft über den Hämoglobingehalt der jüngsten 1-2% der Erythrozyten. Ist dieser bei (noch) unauffälligem MCH erniedrigt, kündigt sich ein manifester Eisenmangel an Umgekehrt zeigt ein einige Tage nach Beginn der Eisensubstitution normalisiertes RetHe den Erfolg der Substitution an. Ein erhöhter Retikulozyten-Hämoglobin-Wert (Ret-He) deutet in der Regel auf eine gesteigerte Blutbildung hin.
Retikulozyten (%)	1	2	EDTA-Blut	Kinder und Erwachsene: 0,5 - 2,0 Neugeborene bis 7 T: 0,0 - 6,0	%	
Retikulozyten absolut	1	2	EDTA-Blut	Erwachsene 0,067 - 0,117	/pl	
Retinol (Vitamin A)	2	1,0	S			siehe Vitamin A.
Rheumafaktor	1	0,5	P (Li-Hep)	< 14	IU/ml	Der Nachweise eines erhöhten Rheumafaktors IgM (RhF-IgM) ist eines der diagnostischen ACR-Kriterien für rheumatoide Arthritis und kann dem Beginn einer Rheumatoiden Arthritis Jahre vorangehen. Ein negatives Ergebnis von Rheumafaktoren schließt aber die Diagnose einer rheumatoiden Arthritis nicht aus. Rheumafaktoren können auch bei Gesunden (5%-25%) und anderen Erkrankungen gefunden werden (Infektionen, SLE, Sjögren-Syndrom, MCTD, Sarkoidose, chronische Lebererkrankungen und lymphoproliferative B-Zell Erkrankungen). Erhöhte Konzentrationen von Rheumafaktoren sind aber eher typisch für rheumatoide Arthritis und mit einem schweren Krankheitsverlauf assoziiert.
Rhinoviren PCR						siehe humane Rhinoviren

Analyt	Beleg	Erforderliche Menge (ml)	Material	Referenzbereich	Dimension	Bemerkungen
Ristocetin-Cofaktor						Siehe F VIII vWF
Rivaroxaban	3	korrekt gefüllte Mono- vette	Citratblut	abhängig von Dosierung und Zeitpunkt der Blutent- nahme		=> siehe DOAK
Rotavirus Antigen	5	erbsgroß	Stuhl	negativ		Antigen - Immunoassay
Rötelnvirus Antikörper	5	1	S S, L	IgG: nicht reaktiv: < 10 IgM: nicht reaktiv Antikörperindex: unplausibel: < 0,6 negativ: 0,6-1,3 grenzwertig: 1,3-1,5 positiv: > 1,5	IU/ml COI	IgG - ECLIA (quantitativ) IgM - ECLIA (qualitativ) IgG-EIA: Berechnung des Rötelnvirus - spezifischen Antikörperindex (AI); Voraussetzung: Liquorproteinprofil, siehe Belegart 2
RSV RNA						siehe Respiratory syncytial Virus (RSV) RNA

Analyt	Beleg	Erforderliche Menge (ml)	Material	Referenzbereich	Dimension	Bemerkungen
S 100	1	0,5	Serum	0 - 0,105	μg/l	S100A1 und S100B werden hauptsächlich von Zellen des ZNS und Melanomzellen gebildet, kommen in
		0,5	Liquor	Kinder: < 2,6 μg/l	μg/l	geringerem Maße auch in anderen Geweben vor.
			KEINE Bestimmung aus Plasma möglich!	Erwachsene* m: 20-39 Jahre: < 2,2 m: 40-59 Jahre: < 2,5 m: 60-89 Jahre: < 3,1 w: 20-39 Jahre: < 2,2 w: 40-59 Jahre: < 2,4 w: 60-89 Jahre: < 2,3		S100 als Tumormarker bei malignem Melanom: Bei Patienten mit malignem Melanom, besonders in den Stadien II, III und IV, können erhöhte S100 Konzentrationen auf ein Fortschreiten der Erkrankung hinweisen. Serielle Messungen können für die Nachkontrolle und Überwachung des Therapieerfolges bei diesen Patienten von Nutzen sein. Allerdings kann eine S100-Konzentration < 0,105µg/l nicht als die Abwesenheit einer Kranheitsprogression oder eines Rezidivs interpretiert werden.
						S100 als Hirndestruktionsmarker: Nach zerebralen Läsionen steigt S100 im Liquor an und wird in den peripheren Blutstrom abgegeben. S100 kann bei Hirnschädigungen unterschiedlichster Ursachen (z.B. traumatische Hirnverletzungen oder apoplektischer Insult) im Serum nachgewiesen werden. Bei S100-Werten < 0,105 μ g/l wird angenommen, dass keine intrakranielle Verletzung vorliegt (in der Regel keine Indikation für CT-Scan). Bei Patienten mit Werten > 0,105 μ g/l kann eine intrakranielle Verletzung vorliegen, die mittels CT-Scan weiter abgeklärt werden sollte. (Erfassungsgrenze (LoB) = 0,005 μ g/l, Nachweisgrenze (LoD) = 0,015 μ g/l, Bestimmungsgrenze (LoQ) = 0,02 μ g/l)

		1	1	1		
Analyt	Beleg	Erforderliche Menge (ml)		Referenzbereich	Dimension	Bemerkungen
S100 A8/A9 (MRP8/14)	2	0,5	Serum	<3	µg/ml	= Calprotektin im Serum Entzündungsmarker, vor allem zur Beurteilung der entzündlichen Aktivität rheumatischer Erkrankung im Kindesalter
Salicylate	1	0,5	P (Li-Hep)	3 - 20 (therap. Bereich)	mg/dl	Eliminations-HWZ: 2,5 - 3 h Serumkonzentrationen über 60 mg/dl sind in der Regel tödlich. Toxische Manifestationen wurden bereits bei Serumkonzentrationen > 27 mg/dl beobachtet, obwohl der toxische Bereich in der Regel mit > 30 mg/dl angegeben wird. Für den Einsatz als Entzündungshemmer und zur Behandlung von rheumatischem Erkrankungen liegt der therapeutische Bereich bei 15 bis 30 mg/dl.
Salmonellen/ Shigellen	6	kirsch- groß	Stuhl			Kultureller Nachweis, Serotypisierung
Sandfliegenfieber Virus Antikörper	5	1	S	negativ negativ		Sandfliegenfieber Virus IgG - Line Sandfliegenfieber Virus IgM - Line Nachweis von Antikörpern gegen den Serotyp Toscana
SARS-CoV2-AK	5	500 µl	Serum	IgG < 0,7 IgM < 0,6	Ratio	
SARS-CoV-2- Mutationsanalyse	4	1 ml	Rachen- oder Nasenrachen- Abstrich	nicht nachweisbar		Zur Erfassung von SARS-CoV-2-VOC (variants of concern) ist die Mutationsanalyse erforderlich. Erweiterte Diagnostik: NGS erfolgt extern.
SARS-CoV-2-PCR	4	1 ml	Abstrich, Sputum	nicht nachweisbar		Der Test beinhaltet sowohl den Nachweis von beta-B-Coronavirus-RNA sowie von SARS-CoV-2-RNA. Schnelltest nur für zugelassene Stationen!
SARS-CoV-2-VOC	4		Abstrich			siehe SARS-CoV-2-Mutationsanalyse

Analyt	Beleg	Erforderliche Menge (ml)	Material	Referenzbereich	Dimension	Bemerkungen
SCC	2	0,5	S	0,6 - 2,3	ng/ml	Kontamination mit Schweiß und Speichel vermeiden, führt zu falsch erhöhten Werten.
Schilddrüsenstatus	1	1,0	P (Li-Hep)			Es wird primär die TSH-Bestimmung durchgeführt. Bei einem pathologischen Ergebnis werden bei Erwachsenen automatisch fT3 und fT4 gemessen.
Schwangerschafts-Test	1	1	U	negativ		
Schweisstest						siehe Pilocarpin-Iontophorese-Test

Analyt	Beleg	Erforderliche Menge (ml)	Material	Referenzbereich	Dimension	Bemerkungen
Sediment im Urin	1	5	U	Bakterien: negative Zellzylinder: negative Epithelzylinder: negative Lipidzylinder: negative Gran. Zylinder: negative Hyaline Zylinder: negative Hyaline Zylinder: negative Hyaline Zylinder: negative Liqidzellen: negative Liqidzellen: negative Plattenepithelien: negative Plattenepithelien: negative Plattenepithelien: negative Plattenepithelien: negative Erythrozyten: < 5/µl Ery-Zylinder: negative dysmorphe Erythr.: wenige Akanthozyten: < 5/µl Leukozyten: < 5/µl Leukozytenzylinder: negative Trichomonaden: negative Trichomonaden: negative		mikroskopische Beurteilung von korpuskulären / zellulären Elementen im Urin (z.B. Epithelien, Zylinder, Erythrozyten, Leukozyten, Kristalle etc.) Über Harnstatus anfordern! Die Durchführung des Harnsediments erfolgt von Mo- Fr von 8.00 - 15.00 Uhr. Urin darf nicht älter als 2h sein
Somatotropin	2	0,5				siehe HGH
Sondermaterial-Zytologie	3	1	Punktat			z.B. Perikarderguß, Pankreascyste, Leberpunktat. Bestimmung von Zellzahl und Zellart. Angaben zur Art des Materials und zur (Verdachts-) Diagnose erforderlich!

Analyt	Beleg	Erforderliche Menge (ml)	Material	Referenzbereic	h	Dimension	Bemerkungen
Sonifikation	6		Explantierte Gelenk- Endoprothesen, Osteosynthese- Material				Material in sterilen Boxen der Firma Lock+Lock einsenden. Wenig sterile Flüssigkeit zugeben.
Spezifisches IgE	8	0,5	S	0 - 0,34		KU/L	Allergenspektrum siehe Beleg 8 oder am Ende dieser Tabelle. Die Mindestmenge des notwendigen Serums hängt von der Anzahl der angeforderten Parameter ab! siehe auch IgE - allergenspezifisch
Streptococcus pneumoniae DNA	4	1	Rachenabstrich BAL u.a. SM	nicht nachweist	oar		
Streptokokken Antikörper	5	2	Serum	Anti-Streptolysii < 18 Jahre: > 18 Jahre Anti-DNase B: < 14 Jahre: >= 14 Jahre:	<pre>n O (ASL): < 150 < 200 < 75 < 200</pre>	IU/ml IU/ml U/ml U/ml	Bei der Anforderung wird immer ASL und Anti-DNase B durchgeführt. Zur Bestimmung der anti- Streptokokken-Hyaluronidase-AK wird das Probenmaterial in Fremdlabor verschickt.
Streptokokken-A-Antigen- Schnelltest	5		Rachenabstrich (trocken)	negativ			Durchführung im Labor Kinderklinik
Stuhlparasitenantigene (Giardia lamblia, Amöben und Cryptosporidien)	5	erbsgroß	Stuhl	negativ			qualitativer multiparametrischer Stuhlantigennachweis zu beachten: Eine Unterscheidung zwischen apathogenen und pathogenen Amöben ist mit dem Test nicht möglich.

Analyt	Beleg	Erforderliche Menge (ml)	Material	Referenzbereich	Dimension	Bemerkungen
suPAR	1	0,5	Li-Heparin- Plasma	< 4	ng / ml	Prognosefaktor für den Verlauf einer Covid-Infektion: Werte < 4 ng/ml> günstiger, symptomarmer Verlauf Werte > 6 ng/ml> ungünstiger, komplikationsreicher Verlauf möglich (Indikation für die Anakinra-Therapie) nur in Jahreszeiten mit hoher Covid-Prävalenz verfügbar!
Syphilis Diagnostik						siehe Treponema pallidum Antikörper
T4/T8-Lymphozyten	3	1	EDTA-Blut	Referenzwerte der T4- und T8-Lymphozyten siehe Immunstatus!		Quantitative Bestimmung der Helfer- u. Suppressor-T- Lymphozyten und des T4/T8-Quotienten
			BAL	T4/T8-Ratio: 1,0 - 2,3		
Tacrolimus	1	1	EDTA-Blut	5 - 15 Leber-/ Nierentransplant Induktion: 10-15 ng/ml - Erhaltung: 5-10 ng/ml Herztransplantation - Induktion: 10-18 ng/ml - Erhaltung: 8-15 ng/ml Toxischer Bereich: >25 ng/ml	ng/ml	Tacrolimus ist ein hochwirksames Immunsuppresivum und wird eingesetzt, um die Organabstoßung nach Transplantation zu verhindern. Es ist etwa 100 mal wirksamer als Cyclosporin. Es handelt sich um ein Makrolid und führt zu einer verminderten Synthese von Interleukin-2 in den T-Helferzellen. Da sich die Phamakokinetik bei unterschiedlichen Patienten zum Teil erheblich variiert, ist die Bestimmung der Medikamentenkonzentration wichtig und dient dazu, zum einen die Wirkung zu optimieren und zum anderen Nebenwirkungen und toxische Effekte (z.B. auf die Niere) zu minimieren.
Tazobactam	2	0,25	P (EDTA)	therapeut. Bereich ist erregerabhängig	mg/l	Anforderung von Tal- oder Peakspiegel, gekühltes EDTA-Blut, Beurteilung anhand MHK
TBC DNA						siehe Mycobacterium tuberculosis Komplex DNA

Analyt	Beleg	Erforderliche Menge (ml)	Material	Referenzbereich	Dimension	Bemerkungen
Tb-Quantiferon	2	7,5	Li-Heparin	negativ		Interferon-Gamma-Release-Test zum Nachweis
						Der QuantiFERON®-Tb-Gold Plus ist ein in-vitro- Vollstimulationstest und dient dem immunologischen Nachweis einer Infektion mit Mycobacterium tuberculosis. Es wird sowohl die latente als auch die aktive Infektion angezeigt.
						Indikationen für den Test sind: Nachweis einer Infektion mit Mycobacterium-tuberculosis complex Ausschluss einer latenten Infektion vor eingreifenden immunsuppressiven Behandlungen (z.B. mit Anti-TNF-Antikörpern, Transplantation). Umgebungsuntersuchungen von Patienten mit aktiver Tuberkulose
TEBK (totale Eisenbindungskapazität)	1	0,5	P (Li-Hep)	bis 2 Wochen: 105 – 277 2 - 24 Wochen 219 – 423 6 - 12 Monate 282 – 434 2 –14 Jahre: 239 – 423 Erwachsene: Männer 268 – 436 Frauen 257 – 402	µg/dl	Transferrin bestimmen und mit folgender Formel berechnen: Transferrin(mg/dl) x 1,41 = TEBK
Testosteron	2	0,5	S	Frauen: bis 0,5 Männer: < 12 J.: bis 0,7 13-17 J.: 0,28 - 11 18 - 49 J.: 2,5 - 8,4 ab 50 J.: 1,9 - 7,4	ng/ml	

·						
Analyt	Beleg	Erforderliche Menge (ml)	Material	Referenzbereich	Dimension	Bemerkungen
Thrombelastogramm (ClotPro) ExTest, FibTest, InTest, HepTest, ApTest, RVVTest, ECATest, TPATest	3	korrekt gefüllte Mono- vette	Citratblut	wird beurteilt		Diagnostische Angaben und Fragestellung erforderlich! Wenn als Notfalluntersuchung mit Mitteilung der Zwischenergebnisse gewünscht, bitte telefonisch anmelden (Tel. 2783) sowie Piepser- und Fax-Nr. angeben. RVVTest zur Messung der Anti Xa Aktivität (Rivaroxaban u. Ä) ECATest zur Messung der Anti Ila Aktivität (Dabigatran u. Ä) TPATest zur Messung der Fibrinolyseaktivität (Tranexamsäure)
Thrombozyten aus Citratblut (bitte Bemerkung beachten)	3	korrekt gefüllte Mono- vette	Citratblut		/nl	Angaben zur Diagnose erforderlich! Bestimmung nur in Ausnahmefällen (z.B. Neugeborene) Bei unklarer Thrombopenie bitte Thrombozytenmessung über ThromboExact Röhrchen.
Thrombozyten aus Thrombo-Exact- Monovette (bitte Bemerkung beachten)		korrekt gefüllte Mono- vette	Spezial- Monovette	siehe Thrombozyten	/nl	Bei Verdacht auf EDTA-induzierte Thrombopenie Monovette nur mit Patientenetikett bekleben Ergebnis wird zum Auftrag des BB eingegeben Es kann nur das Ergebnis der Thrombozyten verwendet werden
Thrombozytenfunktions- diagnostik Thrombopenieabklärung	3	2 korrekt gefüllte Mono- vetten	siehe Bem.	wird beurteilt		Folgende Untersuchungen können im ITH durchgeführt werden (bitte je nach Fragestellung einzeln anfordern): - Blutungszeit, in-vitro (PFA-100 Test) (Citrat-Blut) - Multiplate => Hirudin-Monovetten (Hirudin-Blut) - Thrombozytenaggregation nach Born (Citrat-Blut) - Thrombozyten-Rezeptoren, Aktivierbarkeit & RetikulierteThrombozyten (Citrat-Blut) - Ausschluß EDTA induzierte Thrombopenie (ThromboExact) (in Ausnahmefällen: Thrombozyten aus Citratblut) - HIT II Schnelltest (Serum od. Citrat-Blut) - HIPA-Test (Nachweis der Heparin assoz. Thrombopenie) (Serum)
Thyreoglobulin	2	0,5	S	3,5 - 77	ng/ml	

Analyt	Beleg	Erforderliche Menge (ml)	Material	Referenzbereich	Dimension	Bemerkungen
Thyreoglobulin-Anti- körper	2	0,5	S	bis 1 Jahr: <146 1 - 10 J.: < 38 11 - 20 J.: < 64 M > 20 J.: < 72 F > 20 J.: < 436	U/ml	
Tocopherol (Vitamin E)	2	1,0	S			siehe Vitamin E.
Toxoplasma gondii Antikörper	5	1	S	Toxo - IgG: < 300 Toxo - IgM negativ	IU/ml	IgG - ECLIA (quantitativ) IgM - ECLIA (qualitativ)
Toxoplasma gondii PCR	4	1 ml	EDTA-Blut Biopsie Liquor Fruchtwasser etc.	nicht nachweisbar	Kopien / ml	qualitativer Nachweis von Toxoplasma gondii mittels PCR Nachweisgrenze: 400 Toxoplasma-DNA Kopien / ml
TPO-Ak (Antikörper gegen thyreoidale Peroxidase)	2	0,5	S	<34	U/ml	
TPPA						siehe Treponema pallidum Antikörper
TPZ (Thromboplastinzeit, Quick)	1	korrekt gefüllte Mono- vette	Citratblut	82 - 125	%	
-INR (international Normalized Ratio)				0,90 -1,15		Der INR wird automatisch mitbestimmt

Analyt	Beleg	Erforderliche Menge (ml)	Material	Referenzbereich	Dimension	Bemerkungen	
Transferrin	1	0,5	P (Li-Hep)	200 - 360	mg/dl	Wenn Transferrin angefordert ist, wird neben der Transferrinkonzentration auch Eisen im Serum mitbestimmt und automatisch die Transferrinsättigung berechnet.	
Transferrinsättigung				Frühgeborene: 11,4 - 44,2 Neugeborene: 29,4 - 46 Kinder:	%		
Transportflüssigkeit Organtransplantation	6	20	Transport- lösung Organ			Optimalerweise sollten 5% des Gesamtvolumens der Organ- Transportlösung eingesandt werden; mind. 20 mL Bitte Untersuchung telefonisch anmelden (2775).	

Analyt	Beleg	Erforderliche Menge (ml)		Referenzbereich	Dimension	Bemerkungen
Treponema pallidum Antikörper (Lues	5	2	S, L	negativ		Lues-Suchtest (Cobas)
Suchtest)				< 1:80	Titer	TPPA
				nicht reaktiv		FTA-ABS-Test (Bestätigungstest bei reaktivem TPPA)
				negativ		IgG - Line (Bestätigungstest bei reaktivemTPPA)
				< 1:2	Titer	VDRL("Aktivitätsparameter")
				negativ		lgM - Line (Marker der Behandlungsbedürftigkeit)
				< 1:5	Titer	IgM-FTA-ABS-Test (Folgereaktion bei positivem IgM - Line)
				< 2,0		T.pallidum - spezifischer Antikörperindex (AI); (Folgeuntersuchung bei reaktivem TPPA im Liquor)
Trichomonas vaginalis PCR						siehe Urethritis-Erreger

Analyt	Beleg	Erforderliche Menge (ml)	Material	Referenzbereich	Dimension	Bemerkungen
Triglyceride	1	0,5	P (Li-Hep)	nüchtern: < 150 nicht nüchtern: < 175	mg/dl	Triglyceride werden insbesondere im Fettgewebe gespeichert und stellen wichtige Energiereserven dar. Triglyceridreiche Lipoproteine sind Chylomikronen (Nahrungsmitteltriglyceride) und die VLDL (endogene Triglyceride). Störfaktoren: Falsch erhöhte Werte: Venenstauung > 3 Minuten, erhöhtes freies Glyzerin (Heparintherapie, Diabetes, Hepatopathien, Nierenerkrankungen, prolongiertes Fasten) Falsch erniedrige Werte: Ascorbinsäure (> 3 mg/dl) Für die routinemässige Lipidbestimmung müssen Patienten entsprechend den Empfehlungen der "European Atherosclerosis Society (EAS)" und "European Federation of Clincall Chemistry and Laboratory Medicine (EFLM)" nicht mehr nüchtern sein Ausnahme: - Triglyzeridwerte > 440 mg/dl bei einer Nicht-Nüchtern-Abnahme - geplante Therapiebeginn mit Medikamenten, die eine schwere Hypertriglyzeridämie auslösen könnten (Steroide, Östrogene, Retinsäure etc.) - Verlaufskontrolle einer Hypertriglyzeridämie induzierten Pankreatitis - bei bekannter Hypertriglyzeridämie - falls noch weitere Blutteste nötig sind, die nüchtern erfolgen müssen (z.B. Nüchternblutzucker)
Trizyklische Antidepressiva (Screening-Test)	1	0,5 5	P (Li-Hep) U	cut-off-Wert: 300 cut-off-Wert: 1000	ng/ml	multiparametrisches Drogenscreening im Serum oder Urin bei Verdacht auf Intoxikation, Kalibratorsubstanz: Nortriptylin Zur Bewertung der Ergebisse siehe Kreuzreaktivitätstabelle im Infoboard ILM / Allgemeine Informationen/ Testinformationen

Analyt	Beleg	Erforderliche Menge (ml)	Material	Referenzberei	ch Dimensio	n Bemerkungen
Troponin T, high sensitiv	1	0,5	P (Li-Hep)	<14	pg/ml	hsTNT ist weitgehend herzmuskelspezifisch und zeigt myokardiale Schäden sehr sensitiv an. Ein allgemein gültiger cut-off-Wert zur Diagnose bzw. zum Ausschluss myokardialer Schäden ist Diskussionspunkt der deutschen, europäischen und amerikanischen kardiologischen Gesellschaften Nierenfunktiosstörungen können zu falsch hohen Werten, Hämolyse kann zu falsch niedrigen Werten führen Der obere Schwellenwert bei Niereninsuffzienz liegt bei 30 ng/l. Assay-spezifische cut-offs (in ng/l) zum Ausschluss (sehr niedrig bzw. niedrig und kein 1/2h-delta) oder Einschluss (hoch oder 1/2h-delta) eines NSTEMI nach dem 0/1-h bzw. 0/2-h-Algorithmus (ESC guidelines 2020): rule out: hsTroponin T: < 5 pg/ml bzw < 12 pg/ml und 1h-delta: < 3 pg/ml < 14 pg/ml und 2h-delta: < 4 pg/ml
						rule in: hsTroponin T: > 52 pg/ml bzw. 1h-delta: > 5 pg/ml bzw. 2h-delta > 10 pg/ml
Tryptase	8	0,5	S	<11,4	µg/l	Tryptase ist in den Mastzellen und in den Basophilen nachweisbar. Durch die Tryptasebestimmung kann die Mastzellbeteiliung und -aktivität bei verschiedenen Erkrankungen (Allergien, Mastozytose) nachgewiesen werden.
TSH (Schilddrüsen- stimulierendes Hormon)	1	0,5	P (Li-Hep)	12-19 Jahre:		Bei der Anforderung "Schilddrüsenstatus" (siehe dort), wird primär TSH bestimmt, wenn dieses pathologisch ist, werden bei Erwachsenen automatisch fT3 und fT4 gemessen. weitere Referenzwerte zu Schilddrüsendiagnostik sind im Infoboard / ILM / Allgemeine Informationen zu finden

Analyt	Beleg	Erforderliche Menge (ml)	Material	Referenzbereich	Dimension	Bemerkungen
TSH-Receptor-Antikörper (TRAK)	2	0,5	S	< 1,75	U/L	Cut-off
Tuberkulose DNA						siehe Mycobacterium tuberculosis Komplex DNA
Unreife Thrombozyten	1	2	EDTA-Blut	1,1 - 6,1	%	Ergebnis = Prozent der Thrombozyten
Ureaplasma PCR	4					siehe Urethritis-Erreger DNA
Urethritis-Erreger DNA	4	0,5	Urethral- Abstrich, vaginaler Abstrich Urin	nicht nachweisbar		(Urin: erster Strahl) Dieses Panel beinhaltet den Nachweis von Neis. gonorrhoeae (nicht aus Rachenabstrich!), Mycoplasma genitalium und hominis, Chlamydia trachomatis: nur LGV!, Trichomonas vaginalis, Ureaplasma urealyticum und parvum, Treponema pallidum. Chlam. trachomatis-PCR bitte GESONDERT anfordern, wegen höhere Sensitivität (siehe dort).
Vakzin-induzierte immunthrombotische Thrombozytopenie (VITT)	3	2	Serum	wird beurteilt		Untersuchung zur Vakzin-induzierte immunthrombotische Thrombozytopenie (VITT) z.B. nach thrombembolischen Ereignissen nach COVID-19 Impfung. Durchführung nach tel. Absprache
Valproinsäure	1	0,5	P (Li-Hep)	50 - 100	μg/ml	Eliminations-HWZ: 10 - 16 h. Der therapeutische Bereich gilt für die Minimalwerte morgens vor der Einnahme (Blutabnahme zu diesem Zeitpunkt!)

Analyt	Beleg	Erforderliche Menge (ml)	Material	Referenzbereich	Dimension	Bemerkungen
Vancomycin	1	0,5	P (Li-Hep)	Zielwert (Talspiegel) unkomplizierte Infektion: 10-15 komplizierte Infektion: 15-20 µg/ml	µg/ml	Talspiegel: Blutabnahme unmittelbar vor der nächsten Infusion Eliminations-HWZ: 5 - 10 h, Kinder 2 - 3 h. Spiegelbestimmung am 3. Tag nach Beginn der Gabe, Vancomycinspiegel zu hoch> Verlängerung des Dosisintervalls oder Gabe pausieren Vancomycinspiegel zu niedrig> Dosisintervall verkürzen Vancomycintherapie bei eingschränkter Niereninsuffizienz: - Abschätzen des Dosisintervalls mit Hilfe der Krea-Clearance oder MDRD-Wert - Berechnung des Dosisintervalls in Tage: Gabe alle "1000 / (Krea-Clearance (ml/min) x 15)
			L	Zielkonzentration in Abhängigkeit von der MHK der Erregers		ggfs. Rücksprache mit Labor
Vanillinmandelsäure	2	1,0	SU angesäuert	0 - 1 J: bis 1,5 2 - 4 J: bis 3 5 - 19 J: bis 4 > 19 J: 1,6 - 7,3	mg/24 h	Sammelbedingungen beachten! Urin muss einen pH - Wert < 3 haben, Sammelmenge und -zeit markieren. (Spontanurinproben nur bei Kleinkindern!)

Analyt	Beleg	Erforderliche Menge (ml)		Referenzbereich	Dimension	Bemerkungen
Varicella zoster Virus Antikörper	5	1	S, L	negativ: < 80 grenzwertig: 80 - 110 positiv: > 110	IE/I	IgG - EIA (quantitativ)
				negativ: < 0,8 grenzwertig: 0,8-1,1 positiv > 1,1	Ratio	IgM - EIA (semiquantitativ)
				 unplausibel: <0,6 keine intrathekale AK-synthese: 0,6-1,3 grenzwertig: 1,3-1,5 intrathekale AK-synthese: > 1,5 		Berechnung des VZV - spezifischen Antikörperindex (AI); Voraussetzung: Liquorproteinprofil, siehe Belegart 2
Varizella zoster Virus DNA (quantitativ)	4	5	Bläscheninhalt, EDTA- oder Citratblut, Liquor, SM	nicht nachweisbar (Nachweisgrenze < 25)	Kopien / ml	Die Analyse erfolgt werktags. Bei lebensbedrohlichen Notfällen am Wochenende bitte vorher Anmeldung beim Labor-Dienstarzt.
VDRL						siehe Treponema pallidum Antikörper
Vitamin A (Retinol)	2	1,0	S	bis 1 J: 0,15 - 0,4 bis 10 J: 0,2 - 0,5 ab 11 J: 0,3 - 0,7	mg/L	Gekühlt in Eis/Wasser und lichtgeschützt in Alu-Folie ins Labor bringen.
Vitamin B 1 (Thiamindiphosphat)	2	1,0	EDTA-Blut	28 - 85	μg/L	Gekühlt in Eis/Wasser und lichtgeschützt in Alu-Folie ins Labor bringen.
Vitamin B 6 (Pyridoxalphosphat)	2	1,0	P (EDTA)	5 - 30	μg/L	Gekühlt in Eis/Wasser und lichtgeschützt in Alu-Folie ins Labor bringen.

		T	1	T		
Analyt	Beleg	Erforderliche Menge (ml)		Referenzbereich	Dimension	Bemerkungen
Vitamin B 12	2	0,5	S	191 - 663	pg/ml	Gesamt Vitamin B12. (Für aktives Vitamin B12 siehe Holotranscobalamin.)
Vitamin D, 25-Hydroxy- = 25-Hydroxycalciferol	2	0,5	S	20 - 70	ng/ml	anzustrebender Zielwert: mind. 20 ng/ml
Vitamin E (alpha-Tocopherol)	2	1,0	S	bis 1 M: 1 - 5 bis 12 J: 3 - 9 ab 13 J: 5 - 18	mg/L	Gekühlt in Eis/Wasser und lichtgeschützt in Alu-Folie ins Labor bringen.
VRE-Screening (Vancomycin-resistente Enterokokken)	6		(Anal-, Rektal-) Abstriche			Kultureller Nachweis
VZV Antikörper						siehe Varicella zoster Virus Antikörper
VZV DNA						siehe Varizella zoster Virus DNA
Wachstumshormon	2	0,5				Siehe HGH
Wärme- (Auto-)Antikörper	. 7	9	EDTA			Siehe AAK gegen Erythrozyten
West-Nil-Antikörper (IgG und IgM)	5	500	Serum	negativ (COI <0,9)		behülltes RNA-Virus aus der Familie Flavivirdiae Reservoir: Vögel
						Überträgung: durch Steckmücken (z.B. asiatische Tigermücke)
						Vorkommen: tropischen und gemäßigten Zonen; in Deutschland vereinzelt bei Vögeln, Pferden und Menschen nachgewiesen;
						Klinik: meist symptomlos; in ca. 20% grippeähnliche Symptome mit Fieber (3-6 Tage), schwere Verläufe mit Meningitis, Enzephalitis, Mykokarditis, Hepatitis) bei älteren und vorerkrankten Patienten

Analyt	Beleg	Erforderliche Menge (ml)	Material	Referenzbereich	Dimension	Bemerkungen
West-Nil-Virus-PCR	4	1 ml	EDTA-Plasma	nicht reaktiv	Kopien/ml	Bei V.a. akute WNV-Infektion ist die zusätzliche Bestimmung der WNV-AK aus Serum (externer Untersuchungsauftrag) unerlässlich! PCR wird nur in den Monaten Juni bis Dezember durchgeführt Anforderung über Beleg Nr. 4, Handeintrag
WNV RNA						siehe West-Nil-Virus PCR
Würmer / Wurmeier	6	Stuhl- röhrchen zu einem Drittel gefüllt Urin, s. Bemerku ng	Stuhl Urin			Mikroskopischer Nachweis Nachweis von Schistosoma-Eiern im Urin bei (V.a.) Blasenbilharziose: Eier werden vermehrt gegen Mittag ausgeschieden. Zur Diagnostik wird ein zwischen 10 und 14 Uhr gewonnener Sammelurin benötigt. Während dieser Zeit sollte sich der Patient möglichst bewegen, um die Eier aus der Blasenschleimhaut zu mobilisieren.
Yersinien	6	kirsch- groß	Stuhl			Kultureller Nachweis, Serotypisierung
Yersinien Antikörper	5	1	S	negativ negativ negativ		Qualitativer AK-Nachweis gegen Yersinien: verwendete Antigene: - YOP M (Yersinia outer Protein M) - Y-AG (speziesunspezifisches Antigen) - PsaA (speziesspez. Antigen Y. pseudotubercculosis) - YOP D (Yersinia outer Protein D) - MyfA (speziesspezifisches Antigen Y. enterocolitica) - YOP E (Yersinia outer Protein E)
Zink	2	0,5	S	Erwachsene: 60-120 Kinder: 70-100	µg/dl	Hämolyse führt zu falsch hoch gemessenen Zink-Werten. Nicht aus EDTA-Plasma möglich.

Inhalationsallergene (Beleg 8) - Immunologie Referenzbereich spezifisches IgE für alle Allergene : 0 – 0,34 KU/L

Tiere	Federn	Milben	Schimmel	Gräser- / Getreide- pollen	Bäume	Kräuter	Hausstaub/ Inhalation
Katze	Gruppe Federn	Hausstaub- milbe	Gruppen- Allergen	Gruppe Frühblüher	Gruppe Frühblüher	Gruppen- Allergen	Gruppe saisonal
Hund	Gänse	Staubmilbe	Penicillium chrysogenum	Gruppe Spätblüher	Gruppe Spätblüher	Ambrosie	Gruppe perennial
Pferd	Wellensittich	Vorratsmilbe	Cladosporium herbarum	Lieschgras	Ahorn	Beifuß	
Rind	Hühner	Lepidoglyphus destructor	Aspergillus fumigatus	Roggenpollen	Erle		
Meerschwein- chen	Enten	Tyrophagus putreus	Mucor racemosus		Esche		
Ziege	Kanarienvogel		Candida albicans		Hasel	Spitzwegerich	
Schaf	Papageien		Alternaria tenius		Buche		
Kaninchen	Tauben		Botrytis cinerea		Eiche		
Hamster			Rhizopus nigricans		Ulme		
Ratte			Phoma betae		Walnuss		
Maus			Aspergillus flavus		Salweide		
			Aspergillus niger		Pappel		
					Birke		

Tiere	Federn	Milben	Schimmel	Gräser- / Getreide- pollen	Bäume	Kräuter	Hausstaub/ Inhalation
				rPhl p1 + 5b (Lieschgras M)	rBet v1 (Birke M)		
				rPhl p7 + 12 (Lieschgras m)	rBet v2+v4 (Birke m)		

Nahrungsmittelallergene (Beleg 8) - Immunologie Referenzbereich spezifisches IgE für alle Allergene : 0 – 0,34 KU/L

Getreide/ Körner	Ei	Fleisch	Meeres- tiere	Früchte	Gemüse	Gewürze	Nüsse	Sonstige
Gruppen- Allergen	Gruppe Kindernahrung	Gruppen- Allergen	Gruppen- Allergen	Gruppen- Allergen	Gruppen- Allergen	Muskat	Nuss- mischung I	
Weizenmehl	Hühnereiweiss	Schweine- fleisch	Dorsch	Banane	Erbse	Knoblauch	Walnuss	
Roggenmehl	Milcheiweiss	Rindfleisch	Garnele	Birne	Tomate	Senf	Mandel	
Gerstenmehl	Eigelb	Hühnerfleisch	Miesmuschel	Zitrone	Karotte	Zimt	Paranuss	
Hafermehl	Alpha- Lactalbumin		Thunfisch	Orange	Kartoffel	Curry	Kokosnuss	Bromelain
Maismehl	Beta- Lactoglobin		Lachs	Erdbeere	Paprika		Erdnuss	
Reismehl	Casein		Krabbe	Apfel	Zwiebel		rAra h1 Erdnuss	
Sesamschrot	Ovalbumin		Hering	Pfirsich	Sellerie		rAra h2 Erdnuss	
	Ovmucoid			Kiwi			rAra h3 Erdnuss	
Gluten	Molke			Kirsche	Sojabohne		rAra h8 Erdnuss	
rTri a19 (O-5-Gliadin)					rGly m4 (Soja)		rAra h9 Erdnuss	
							Haselnuss	
							rCor a1 Haselnuss	
							rCor a8 Haselnuss	

Getreide/ Körner	Ei	Fleisch	Meeres- tiere	Früchte	Gemüse	Gewürze	Nüsse	Sonstige
							nCor a9 Haselnuss	
							rCor a14 Haselnuss	
							Nuss- mischung II	
							f201 Pecannuss	
							f202 Cashewnuss	
							f203 Pistazie	
							f253 Pinienkerne	
							f345 Macadamian	

Sonstige Allergene (Beleg 8) - Immunologie Referenzbereich spezifisches IgE für alle Allergene: 0 – 0,34 KU/L

Insektengift	Arzneimittel	В	erufsallergene
Bienengift	Penicilloyl V	Ethylenoxid	Ficus
Wespengift	Penicilloyl G	Formaldehyd	
Stechmücke	Ampicillin	Latex	
Hornisse	Amoxicillin		
rApi m1 (Bienengift)			
rApI m2 (Bienengift)			
rApi m3 (Bienengift)			
rApi m5 (Bienengift)			
rApi m10 (Bienengift)			
rVes v1 (Wespengift)			
rVes v5 (Wespengift)			

Umweltanalytik [Humanbiomonitoring]

Anforderungen nur über die Umweltambulanz!

Der Begriff des "Referenzwertes" ist in der Umweltmedizin (Umweltanalytik) anders als sonst in der Labormedizin üblich zu interpretieren, da die erfassten Schadstoffe dem menschlichen Organismus in der Regel fremd sind. Die in der Umweltanalytik angegebenen "Referenzwerte" spiegeln somit lediglich die Belastung der Allgemeinbevölkerung mit diesen Substanzen wider.

Analyt	Beleg	Erforderliche Menge (ml)	Material	Referenzbereich	Dimension	Bemerkungen
Chlorphenole:	8	6	U			siehe auch Pentachlorphenol (PCP).
4-Chlorphenol				bis 15	μg/l	
2,4+2,5-Dichlorphenol				bis 23 Kinder (bis 14 J) bis 8	µg/l µg/l	
2,4,6-Trichlorphenol				bis 1,5	μg/l	
				Kinder (bis 14 J) bis 0,7	µg/l	
2,3,4,6-Tetrachlorphenol				bis 1	µg/l	
				Kinder (bis 14 J) < 0,5	µg/l	
Cotinin	2	4	U	0 - 14 J: bis 5 > 14 J: bis 10	μg/l	Cotinin ist ein Metabolit des Nikotins. Der Referenzwert gilt für Nichtraucher. Cut-off-Wert: 60 µg/l Spezialabnahmegefäß unter Tel. 2796 anfordern.
Isopropoxyphenol (Metabolit von Propoxur)	8	6	U	bis 1	µg/l	
Naphthole (OH-Naphthalin):	8	6	U	<10 J: bis 23,5 >=10 J: bis 41,2	μg/g Krea	1-Naphthol und 2-Naphthol sind Metabolite des Naphthalins.
1-Naphthol				<10 J: bis 10,7 >=10 J: bis 19,7	µg/l	Referenzwerte gelten für Nichtraucher.
2-Naphthol				<10 J: bis 9,8 >=10 J: bis 17,1	µg/l	

Analyt	Beleg	Erforderliche Menge (ml)	Material	Referenzbereich	Dimension	Bemerkungen
Pentachlorphenol (PCP)	8	6	U	0 - 14 Jahre: bis 2 ab 15 Jahre: bis 5	µg/l	HBM-I-Wert: 25, HBM-II-Wert: 40
				bis 3	µg/g Kreatinin	HBM-I-Wert: 20, HBM-II-Wert: 30 HBM-Werte sind toxikologisch begründete Human- Biomonitoring-Werte
Pentachlorphenol (PCP)	8	1	P (EDTA)	bis 12	μg/l	HBM-I-Wert: 40, HBM-II-Wert: 70. HBM-Werte sind toxikologisch begründete Human-Biomonitoring-Werte.
Pyrethroidmetabolite cis-Cl2CA trans-Cl2CA cis-Br2CA 3-Phenoxybenzoesäure cis-ClCF3CA	8	11	U	bis 1 bis 2 <0,2 bis 2 <0,5	µg/l	
Trichlorpyridinol (Metabolit von Chlorpyrifos)	8	6	U	bis 11 bis 6,7	μg/l μg/g Kreatinin	3,5,6-Trichlor-2-pyridinol ist der spezifische Metabolit der Organophosphate Chlorpyrifos und Chlorpyrifos-methyl.
Triclosan	8	6	U	bis 30	μg/l	

Gerinnung (Teil 1)

Analyt	Beleg	Erforderliche Menge (ml)	Material	Referenzbereich	Dimension	Bemerkungen
AT III (Antithrombin III)	1	korrekt gefüllte Mono- vette	Citratblut	83 - 118	%	
D-Dimer	1	korrekt gefüllte Mono- vette	Citratblut	< 500 (cut-off-Wert)	ng/ml	Der Referenzbereich beträgt 170 - 550 ng/ml. Bei dem angegebenen Wert von 500 ng/ml handelt es sich um den cut-off-Wert; unterhalb dieses Wertes kann eine neu aufgetretene (< 1 Woche) tiefe Beinvenenthrombose oder Lungenembolie mit höchster Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden (negativer Vorhersagewert > 99 %).
Faktor I Fibrinogen nach Clauss	1	korrekt gefüllte Mono- vette	Citratblut	210 - 400	mg/dl	Standardmethode, falsch hohe Werte bei hochdosierter HES-Gabe falsch niedrige Werte in Gegenwart von hohen Mengen an Fibrinspaltprodukten
PTT (Partielle Thrombo- plastinzeit)	1	korrekt gefüllte Mono-	Citratblut	26 - 36	sec	
PTT (Actin - Lupusinsensitiv)	3	vette		26 - 34		Abklärung Inhibitoren/Störfaktoren, Abklärung Lupusantikoagulanz; "Tauschversuch" UFH Monitoring bei Antiphospholipid-Antikörpern
Quick	1	korrekt gefüllte Mono- vette				siehe TPZ

Analyt	Beleg	Erforderliche Menge (ml)	Material	Referenzbereich	Dimension	Bemerkungen
TPZ (Thromboplastinzeit, Quick)	1	korrekt gefüllte Mono- vette	Citratblut	82 - 125	%	
-INR (international Normalized Ratio)				0,90 -1,15		Der INR wird automatisch mitbestimmt

Gerinnung (Teil 2)

Analyt	Beleg	Erforderliche Menge (ml)	Material	Referenzbereich	Dimension	Bemerkungen
ADAMTS13-Aktivität	3	korrekt gefüllte Monovett e	Citratblut	60,6 - 130,6	%	
APC-Resistenz	3	korrekt gefüllte Mono- vette	Citratblut	wird beurteilt		Bitte im Freitextfeld anfordern Beurteilung des Protein C-Systems, Anforderung ggf nach RS bei unklarer Thromboseneigung
Apixaban	3	korrekt gefüllte Mono- vette	Citratblut	abhängig von Dosierung und Zeitpunkt der Blutent- nahme		=> siehe DOAK
Argatroban	3	korrekt gefüllte Mono- vette	Citratblut	abhängig von Dosierung und Zeitpunkt der Blutent- nahme	ng/ml	Bitte handschriftlich anfordern Kalibrierte Messung der Anti-Ila-Aktivität => Angabe des Medikamentenspiegels
Blutungszeit, in-vitro (PFA 100 / 200 - Test)	3	korrekt gefüllte Mono- vette	Citratblut	PFA1-Test: 84 - 160	sec	PFA1-Test Indikation: Suchtest für vWillebrandsyndrom und Thrombopathien, Screening von ASS-NON-Respondern => siehe auch Multiplate PFA2-Test Indikation:
				PFA2-Test: 68 - 121	sec	Differenzierung eines verlängerten PFA1-Tests DD: vWillebrandsyndrom/Thrombopathie oder Wirkung von ASS und anderen Schmerzmitteln

Analyt	Beleg	Erforderliche Menge (ml)	Material	Referenzbereich	Dimension	Bemerkungen
C1-Esterase-Inhibitor	3	korrekt gefüllte Mono- vette	Citratblut	80 - 130	%	
Dabigatran-Spiegel	3	korrekt gefüllte Mono- vette	Citratblut	abhängig von Dosierung und Zeitpunkt der Blutent- nahme	ng/ml	handschriftlich anfordern! erhöhtes Blutungsrisiko, wenn der Talwert (= Messwert vor der Einnahme der nächsten Dosis) folgenden Wert überschreitet: bei einer Dosis von zweimal 150 mg/d: 200 ng/ml bei einer Dosis von einmal 220 mg/d: 67 ng/ml Infos zu NOAK/DOAK Medikamentenspiegel unter Infoboard ITH Gerinnung
DOAK (Direkte orale Antikoagulanzien)	3	korrekt gefüllte Mono- vette	Citratblut	abhängig von Dosierung und Zeitpunkt der Blutent- nahme	ng/ml	Einnahmezeitpunkt bzw. Infos zur Indikation der Messung Medikamentenangabe erforderlich Infos zu DOAK-spiegeln => Infoboard ITH Gerinnung Kalibrierte Bestimmung der Medikamentenspiegel für: Anti-Ila => Dabigatran, Argatroban Anti-Xa => Rivaroxaban, Apixaban, Edoxaban
Edoxaban	3	korrekt gefüllte Mono- vette	Citratblut	abhängig von Dosierung und Zeitpunkt der Blutent- nahme		=> siehe DOAK
F VIII R: Ag (F VIII assoziiertes Protein)	3	korrekt gefüllte Mono- vette	Citratblut	Bei Blutgruppe 0. 42 - 141 bei Blutgruppe A, B, AB: 66 - 176	%	Diagnostische Angaben erforderlich Nachweis der vorhandenen Menge an vWillebrand-Faktor :

Analyt	Beleg	Erforderliche Menge (ml)	Material	Referenzbereich	Dimension	Bemerkungen
F VIII vWF (Ristocetin Cofaktor)	3	korrekt gefüllte Mono- vette	Citratblut	Bei Blutgruppe 0. 46 - 146 bei Blutgruppe A, B, AB: 61 - 179	%	Diagnostische Angaben erforderlich Funktionaler Test des vWillebrand-Faktors
Faktor II, V, VII, IX, X, XI	3	korrekt gefüllte Mono- vette	Citratblut	70 - 120	%	Diagnostische Angaben erforderlich
Faktor VIII, XII	3	korrekt gefüllte Mono- vette	Citratblut	70 - 150	%	Diagnostische Angaben erforderlich
Faktor XIII	3	korrekt gefüllte Mono- vette	Citratblut	70 - 140	%	Diagnostische Angaben erforderlich
Fondaparinux-Spiegel (= Arixtra-Spiegel)	3	korrekt gefüllte Mono- vette	Citrat-Blut	siehe Bemerkungen	mg/l	Handschriftlich anfordern! Prophylaxe venöser Thromboembolien (VTE) mit 2,5 mg: Talwert (= vor Gabe): 0,14 - 0,19 mg/l 1-3 h nach Dosierung (Peak) 0,39 - 0,50 mg/l VTE-Therapie mit 5,0 mg (< 50 kg) 7,5 mg (50-100 kg) 10,0 mg (>100 kg) Talwert (= vor Gabe): 0,46 - 0,62 mg/l 1-3 h nach Dosierung (Peak) 1,20 - 1,26 mg/l

Analyt	Beleg	Erforderliche Menge (ml)	Material	Referenzbereich	Dimension	Bemerkungen
freies Hb im Plasma	3	2	Lithium-Heparin	Normwert < 2 (ca.)	mg/dl	Bestimmung der Hämolyse im Verlauf z.B. bei Cardial-Assist- Device. Vorsichtige Abnahme, Monovette 2 x schwenken, persönlich ins Labor bringen (Keine KFA, Keine Rohrpost verwenden) - sonst ggf. Hämolyse im Material erhöht. Untersuchung nach tel. Absprache
Heparin hochmolekular	3	korrekt gefüllte Mono- vette	Citratblut	0,20 - 0,80	U/ml	Dosierung angeben
Heparin niedermolekular	3	korrekt gefüllte Mono- vette	Citratblut	Dialyse- und Hämo- filtrationspatienten mit niedrigem Blutungsrisiko: >= 0,5 mit hohem Blutungsrisiko: 0,2 - 0,3 max. bis 0,4	Anti-Xa E/ml	Der Talspiegel (=Spiegel vor der nächsten Heparindosis) soll bei Gefahr einer Überdosierung < 0,3 Anti-Xa E/ml liegen. Ausreichende therapeutische Antikoagulation bei Werten von 0,5 - 1,5 Anti-Xa E/ml Bezüglich Fondaparinux (= Arixtra) siehe unter Fondaparinux
Heparin-induzierte bzw. assoziierte Thrombopenie = HIT II oder HAT II	9					siehe HIPA-Test

Analyt	Beleg	Erforderliche Menge (ml)	Material	Referenzbereich	Dimension	Bemerkungen
HIT II Abklärung (Ausschluss oder Nachweis der Heparin- assoziierten Thrombo- penie = HIT II) HIPA-Test	3	1	S	negativ		Zum Screening wird ein Plättchenfaktor 4-Schnelltest durchgeführt. Zusätzlich muss klinisch der 4-T-Score erhoben werden. Bei 0-3 Punkten im 4-T-Score ist keine weitere Diagnostik indiziert und ein HIT II sehr unwahrscheinlich. Bei 4-5 Score-Punkten entscheidet das Ergebnis des Schnelltestes, ob der HIPA-Test angefordert werden soll. Bei 6-8 Punkten besteht der dringende V.a. HIT II und der HIPA Test ist indiziert. Heparin/Plättchenfaktor 4-Ak werden bei 50 % der Patienten nachgewiesen, die hochdosiert Heparin erhalten (z.B. kardiochirurgische Pat.) haben, ohne dass in allen Fällen eine klinisch manifeste HIT II-Erkrankung vorliegen muss.
						HIPA-Test nach Prof. Greinacher wird nach Bedarf im Haus durchgeführt oder weitergeleitet.
Lupusantikoagulanz	3	korrekt	Citratblut	dRVVT Ratio < 1,17	Normalisierto Ratio	e Unbedingt Information zu Antikoagulation mit Dosis und Präparat
Integrierte Testmethode nach ISTH		gefüllte Mono- vette		MixCon Ratio < 1,07	Nauv	
dRVVT + PTT (MixCon)						

Analyt	Beleg	Erforderliche Menge (ml)	Material	Referenzbereich	Dimension	Bemerkungen
Multiplate (Messung der Thrombo- zyten-Aggregations- fähigkeit mittels Impedanzaggregometrie)	3	korrekt gefüllte Spezial- Mono- vette	Hirudin-Blut	ADP-Test Männer 35 - 114 Frauen 50 - 132 TRAP-Test Männer 68 - 134 Frauen 79 - 151 COL-Test 46 - 117 ASPI-Test 75 - 136 RISTO-Test 40 - 201	AUC	Hirudinröhrchen sind im ITH/Gerinnung (Tel. 2783) erhältlich. Abnahmezeit auf dem Anforderungsbeleg notieren und Material sofort ins ILMU bringen. Die Untersuchung muss innerhalb von 2 h nach Abnahme erfogt sein. Zuvor muss die Probe 30 min ruhen. Diagnose Responder, Low Responder, Non-Responder bei Patienten unter Clopidogrel oder anderen ADP-Rezeptor- Anatagonisten. Diagnose Aspirinresistenz Diagnose Thrombozytopathie Die Werte werden beurteilt!
NOAK						siehe DOAK
Plasmatauschversuch	3	korrekt gefüllte Mono- vette	Citratblut	wird beurteilt		diagnostische und therapeutische Angaben unbedingt erforderlich. Siehe auch PTT Actin-Lupusinsensitiv Eingeschränkte Aussage unter Antikoagulation (ggf RS): Heparin
Lupusantikoagulanz dRVVT				wird beurteilt		Vitamin K Antagonisten (Ausgleich teilweise möglich) Neue orale Antikoagulantien => Medikament und Dosis unbedingt angeben
Lupusantikoagulanz MixConLA				wird beurteilt		

Analyt	Beleg	Erforderliche Menge (ml)	Material	Referenzbereich	Dimension	Bemerkungen
Plasminogen	3	korrekt gefüllte Mono- vette	Citratblut	75 bis 150	%	Bestimmung z.B. im Rahmen der Thrombophiliediagnostik in Einzelfällen sinnvoll. ggf Rücksprache.
PNH - Paroxysmale nächtliche Hämoglobinurie	3	5	EDTA-Blut	wird beurteilt		Durchführung der Untersuchung nach tel. Absprache
Protein C (funktionell)	3	korrekt gefüllte Mono- vette	Citratblut	70 - 140	%	Diagnostische Angaben erforderlich Orale Antikoagulanzien (Marcumar, NOAK, usw.) beeinflussen das Ergebnis.
Protein S (funktionell) Protein S (frei)	3	korrekt gefüllte Mono- vette	Citratblut	W: 52 - 126 M: 73 - 130	%	Diagnostische Angaben erforderlich Orale Antikoagulanzien (Marcumar, NOAK, usw.) beeinflussen das Ergebnis.
Ristocetin-Cofaktor						Siehe F VIII vWF
Rivaroxaban	3	korrekt gefüllte Mono- vette	Citratblut	abhängig von Dosierung und Zeitpunkt der Blutent- nahme		=> siehe DOAK

Analyt	Beleg	Erforderliche Menge (ml)	Material	Referenzbereich	Dimension	Bemerkungen
Thrombelastogramm (ClotPro) ExTest, FibTest, InTest, HepTest, ApTest, RVVTest, ECATest, TPATest	3	korrekt gefüllte Mono- vette	Citratblut	wird beurteilt		Diagnostische Angaben und Fragestellung erforderlich! Wenn als Notfalluntersuchung mit Mitteilung der Zwischenergebnisse gewünscht, bitte telefonisch anmelden (Tel. 2783) sowie Piepser- und Fax-Nr. angeben. RVVTest zur Messung der Anti Xa Aktivität (Rivaroxaban u. Ä) ECATest zur Messung der Anti Ila Aktivität (Dabigatran u. Ä) TPATest zur Messung der Fibrinolyseaktivität (Tranexamsäure)
Thrombozytenfunktions- diagnostik Thrombopenieabklärung	3	2 korrekt gefüllte Mono- vetten	siehe Bem.	wird beurteilt		Folgende Untersuchungen können im ITH durchgeführt werden (bitte je nach Fragestellung einzeln anfordern): - Blutungszeit, in-vitro (PFA-100 Test) (Citrat-Blut) - Multiplate => Hirudin-Monovetten (Hirudin-Blut) - Thrombozytenaggregation nach Born (Citrat-Blut) - Thrombozyten-Rezeptoren, Aktivierbarkeit & RetikulierteThrombozyten (Citrat-Blut) - Ausschluß EDTA induzierte Thrombopenie (ThromboExact) (in Ausnahmefällen: Thrombozyten aus Citratblut) - HIT II Schnelltest (Serum od. Citrat-Blut) - HIPA-Test (Nachweis der Heparin assoz. Thrombopenie) (Serum)
Vakzin-induzierte immunthrombotische Thrombozytopenie (VITT)	3	2	Serum	wird beurteilt		Untersuchung zur Vakzin-induzierte immunthrombotische Thrombozytopenie (VITT) z.B. nach thrombembolischen Ereignissen nach COVID-19 Impfung. Durchführung nach tel. Absprache

Hämatologie (Teil 1)

Analyt	Beleg	Erforderliche Menge (ml)	Material	Refere	enzbereich	Dimension	Bemerkungen
Blutbild (klein) 1	1	2	EDTA-Blut	Hb	2 - 12 M: 100 - 131	g/l	
rotes Blutbild					1 - 3 J: 107 - 130		
					3 - 6 J: 110 - 143		
					6 - 15 J: 119 - 155		
					F > 15 J: 120 - 160		
					M > 15 J: 140 - 180		
				Hk	2 - 12 M: 30 - 43	%	
					1 - 3 J: 35 - 43		
					3 - 8 J: 31 - 41		
					8 - 14 J: 33 - 45		
					F > 14 J: 36 - 45		
					M > 14 J: 42 - 52		
				Ery	1 - 3 W: 3,7 - 6,8	/pl	
					4 - 52 W: 3,1 - 5,2		
					1 - 3 J: 3,7 - 5,3		
					3 - 10 J: 3,7 - 5,8		
					F > 10 J: 4,1 - 5,3		
					M > 10 J: 4,5 - 6,1		
				MCV	2 - 3 M: 81 - 125	fl	
					3 - 12 M: 73 - 109		
					1 - 3 J: 73 - 101		
					3 - 7 J: 72 - 88		
					7 - 14 J: 69 - 93		
					> 14 J: 82 - 101		

Analyt	Beleg	Erforderliche Menge (ml)	Material	Referenzbereich	Dimension	Bemerkungen
				MCHC 2-12 M: 260 - 340 1-3 J: 260 - 340 3-14 J: 320 - 360 >14 J: 315 - 360	g/l	
				MCH 0-3 T: 31,5 - 39,5 3-14 T: 30,0 - 39,0 14-30 T: 27,5 - 36,5 1-2 M: 26,0 - 35,0 2-3 M: 26,0 - 33,0 3-6 M: 24,5 - 33,0 6-12 M: 23,0 - 31,5 1-2 J: 23,5 - 31,0 2-4 J: 24,0 - 31,0 4-6 J: 24,5 - 31,0 6-12 J: 25,0 - 31,5 12-15 J: 26,0 - 32,5 15-18 J: 26,5 - 33,0 18-65 J: 27,0 - 34,0	pg	
Blutbild (klein) 2 Leukozytenzahl	1		EDTA-Blut	2 - 12 M: 5,5 - 18,0 1 - 2 J: 6,0 - 17,5 2 - 6 J: 5,0 - 15,0 6 - 12 J: 4,5 - 13,5 12 - 18 J: 4,5 - 13,0 > 18 J: 3,0 - 10,0		

Analyt	Beleg	Erforderliche Menge (ml)	Material	Referenzbereich	Dimension	Bemerkungen
Blutbild (klein) 3 Thrombozytenzahl	1		EDTA-Blut	0 - 6 J: 220 - 530 6 - 11 J: 180 - 520 11 - 16 J: 155 - 450 > 16 J: 140 - 440	/nl	
Blutsedimentationskine- tik	1	1	EDTA-Blut	Kinder: 0 - 3 J.: 0 - 3 4 -15 J.: 0 - 13 Frauen: 16- 50 J.: 0 - 20 >= 50 J.: 0 - 25 Männer: 16- 50 J.: 0 - 15 >= 50 J.: 0 - 20	mm in der 1. Stunde	Der Wert wird im Gegensatz zur herkömmlichen Methode nach Westergren nicht durch Verdünnungseffekte, Anämie, Kälteagglutinine oder Paraproteine beeinflusst. Erhöhte Werte werden ausschließlich bei entzündlichen Prozessen gemessen. Die Untersuchung wird auch am Wochenende durchgeführt!

Analyt	Beleg	Erforderliche Menge (ml)	Material	Referenzbereich	Dimension	Bemerkungen
Differentialblutbild (%)	1	Menge (ml)	EDTA-Blut	Neutrophile (Stab- und Segmentkernige): 0 - 1 W: 21 - 79 1 - 52 W: 22 - 52 1 - 5 J: 32 - 68 5 - 15 J: 35 - 69 > 15 J: 40 - 78 Stabkernige: 0 - 1 W: 3 - 10 1 - 52 W: 2 - 8 1 - 15 J: 0 - 6 > 15 J: 0 - 5 Segmentkernige: 0 - 1 W: 30 - 60 1 - 52 W: 20 - 40 1 - 5 J: 20 - 50 5 - 15 J: 35 - 65 > 15 J: 50 - 70 Lymphozyten: 0 - 1 W: 15 - 60 1 - 52 W: 40 - 80	%	
				1 - 5 J: 35 - 75 5 - 15 J: 20 - 60 > 15 J: 20 - 50 Eosinophile:		

Analyt	Beleg	Erforderliche Menge (ml)	Material	Referenzbereich	Dimension	Bemerkungen
				0 - 1 J: 1 - 5		
				1 - 5 J: 2 - 10		
				5 - 15 J: 1 - 5		
				> 15 J: 0 - 10		
				Basophile:		
				0 - 15 J: 0 - 1		
				> 15 J: 0 - 3		
				Monozyten:		
				0 - 1 W: 2 - 10		
				1 - 52 W: 0 - 5		
				1 - 5 J: 1- 5		
				5 - 15 J: 0 - 4		
				> 15 J: 0 - 15		
				IGR: unreife Granulozyte	n	
				Promyelozyten		
				Myelozyten		
				Metamyelozyten		

Analyt	Beleg	Erforderliche Menge (ml)	Material	Referenzbereich	Dimension	Bemerkungen
Differentialblutbild	1		EDTA-Blut	Neutrophile	/nl	
(absolut)				0 - 12 h: 3,9 - 20,5		
				12 - 24 h: 4,5 - 22,3		
				1 - 3 T: 3,3 - 15,5		
				3 - 7 T: 2,1 - 10,7		
				7 - 14 T: 1,5 - 8,9		
				14 - 30 T: 1,3 - 8,3		
				1 - 3 M: 1,3 - 7,9		
				3 - 6 M: 1,3 - 8,3		
				6 M - 2 J: 1,5 - 8,7		
				2 - 4 J: 1,5 - 8,5		
				4 - 6 J: 1,7 - 8,5		
				6 - 12 J: 1,7 - 8,1		
				12 - 18 J: 1,7 - 7,9		
				> 18 J: 1,5 - 7,7		
				Stabkernige:		
				0 - 12 h: 0,5 - 4,5		
				12 - 24 h: 0,6 - 4,7		
				1 - 3 T: 0,4 - 3,1		
				3 - 7 T: 0,2 - 2,5		
				7 - 30 T: 0,1 - 1,9		
				1 - 6 M: 0,1 - 1,3		
				6 M - 6 J: 0,05 - 1,2		
				> 6 J: 0,0 - 1,1		
				Segmentkernige:		
				0 - 12 h: 3,5 - 17,8		
				12 - 24 h: 3,8 - 18,5		
				1 - 3 T: 2,3 - 12,5		

Analyt	Beleg	Erforderliche Menge (ml)	Material	Referenzbereich	Dimension	Bemerkungen
				3 - 7 T: 1,3 - 8,5		
				7 - 30 T: 0,9 - 6,5		
				1 - 3 M: 1,1 - 6,2		
				3 - 6 M: 1,1 - 6,8		
				6 - 12 M: 1,3 - 7,4		
				1 - 2 J: 1,3 - 8,0		
				2 - 4 J: 1,5 - 8,0		
				4 - 6 J: 1,6 - 7,8		
				6 - 12 J: 1,7 - 7,4		
				12 - 18 J: 1,8 - 7,3		
				> 18 J: 1,7 - 7,2		
				Lymphozyten:		
				0 - 1 T: 1,8 - 9,8		
				1 - 3 T: 1,8 - 11,2		
				3 - 7 T: 2,0 - 12,6		
				7 - 30 T: 2,2 - 13,6		
				1 - 3 M: 2,7 - 12,6		
				3 - 6 M: 3,0 - 12,2		
				6 - 12 M: 3,2 - 11,2		
				1 - 2 J: 3,0 - 10,0		
				2 - 4 J: 2,2 - 8,5		
				4 - 6 J: 1,8 - 7,0		
				6 - 12 J: 1,5 - 6,0		
				2 - 18 J: 1,2 - 5,0		
				18 - 65 J: 1,1 - 4,5		
				> 65 J: 1,1 - 4,0		
				Eosinophile:		
				0 - 1 T: 0,03 - 1,1		

Analyt	Beleg	Erforderliche Menge (ml)	Material	Referenzbereich	Dimension	Bemerkungen
				1 - 3 T: 0,03 - 1,0		
				3 - 7 T: 0,04 - 1,0		
				7 - 14 T: 0,05 - 1,0		
				14 - 30 T: 0,05 - 0,95		
				1 - 3 M: 0,05 - 0,9		
				3 - 6 M: 0,05 - 0,85		
				6 - 12 M: 0,05 - 0,8		
				1 - 2 J: 0,03 - 0,7		
				2 - 6 J: 0,02 - 0,75		
				6 - 12 J: 0,02 - 0,7		
				12 - 15 J: 0,02 - 0,65		
				15 - 18 J: 0,02 - 0,55		
				> 18 J: 0,02 - 0,5		
				Basophile:		
				0 - 1 T: 0,0 - 0,35		
				1 - 3 T: 0,0 - 0,3		
				3 - 14 T: 0,0 - 0,25		
				> 14 T: 0,0 - 0,2		
				Monozyten:		
				0 - 1 T: 0,2 - 2,7		
				1 - 14 T: 0,2 - 2,5		
				14 - 30 T: 0,2 - 2,3		
				1 - 3 M: 0,25 - 1,9		
				3 - 6 M: 0,25 - 1,7		
				6 - 12 M: 0,2 - 1,45		
				1 - 2 J: 0,15 - 1,2		
				2 - 4 J: 0,1 - 1,1		
				4 - 6 J: 0,1 - 1,0		

Analyt	Beleg	Erforderliche Menge (ml)	Material	Referenzbereich	Dimension	Bemerkungen
				6 - 15 J: 0,1 - 0,95 > 15 J: 0,1 - 0,9		
Erythroblasten			EDTA-Blut	0 - 2 T: 0,5 - 6,5 2 - 4 T: 0,0 - 2,0 4 - 7 T: 0,0 - 0,5 > 7 T: 0,0	%	Befund im Differentialblutbild (Untersuchung kann nicht direkt angefordert werden) Ein Vorkommen von Erythroblasten im peripheren Blut ist mit Ausnahme der ersten Lebenstage ge\(\text{\text{line}}\) nerell als pathologisch zu bewerten. Liegt keine h\(\text{\text{matatologische Systemerkrankung zugrunde, kommt dieser Zellpopulation eine besondere Bedeutung zu.} Ursache und Bedeutung von Erythroblasten im peripheren Blut: Ursache: Gesteigerte Produktion im Knochenmark durch erh\(\text{\text{othen}}\) ten An\(\text{\text{mine}}\) noder durch hohen Zellumsatz genetisch kranker Produkte bei myelodysplastischen Syndromen Verdr\(\text{\text{verd}}\) Verdr\(\text{\text{anker}}\) Produktion im Knochenmark durch Markfibrosierung, akute Leuk\(\text{\text{mine}}\) Knochen\(\text{\text{markskarzinosen}}\) und daraus resultierende extramedull\(\text{\text{armedull\text{\text{dire}}}\) Blutbildung in Leber und Milz St\(\text{\text{St\(\text{verd}}\) St\(\text{\text{orung}}\) der Blut-Knochenmarkschranke Insuffizienz der Milz durch Organsch\(\text{\text{dire}}\) schwere Infektion, Hypoxie oder starke Blutun
Retikulozyten - Hämoglobin (RetHb)	1	2	EDTA-Blut	Erwachsene 28 - 35	pg	Mit der Bestimmung des RetHe erhält man Auskunft über den Hämoglobingehalt der jüngsten 1-2% der Erythrozyten. Ist dieser bei (noch) unauffälligem MCH erniedrigt, kündigt sich ein manifester Eisenmangel an Umgekehrt zeigt ein einige Tage nach Beginn der Eisensubstitution normalisiertes RetHe den Erfolg der Substitution an. Ein erhöhter Retikulozyten-Hämoglobin-Wert (Ret-He) deutet in der Regel auf eine gesteigerte Blutbildung hin.

Analyt	Beleg	Erforderliche Menge (ml)	Material	Referenzbereich	Dimension	Bemerkungen
Retikulozyten (%)	1	2	EDTA-Blut	Kinder und Erwachsene: 0,5 - 2,0 Neugeborene bis 7 T: 0,0 - 6,0	%	
Retikulozyten absolut	1	2	EDTA-Blut	Erwachsene 0,067 - 0,117	/pl	
Thrombozyten aus Citratblut (bitte Bemerkung beachten)	3	korrekt gefüllte Mono- vette	Citratblut		/nl	Angaben zur Diagnose erforderlich! Bestimmung nur in Ausnahmefällen (z.B. Neugeborene) Bei unklarer Thrombopenie bitte Thrombozytenmessung über ThromboExact Röhrchen.
Thrombozyten aus Thrombo-Exact- Monovette (bitte Bemerkung beachten)		korrekt gefüllte Mono- vette	Spezial- Monovette	siehe Thrombozyten	/nl	Bei Verdacht auf EDTA-induzierte Thrombopenie Monovette nur mit Patientenetikett bekleben Ergebnis wird zum Auftrag des BB eingegeben Es kann nur das Ergebnis der Thrombozyten verwendet werden
Unreife Thrombozyten	1	2	EDTA-Blut	1,1 - 6,1	%	Ergebnis = Prozent der Thrombozyten

Hämatologie (Teil 2)

Analyt	Beleg	Erforderliche Menge (ml)	Material	Referenzbereich	Dimension	Bemerkungen
Ascites-Zytologie	3	1	Ascites			Bestimmung von Zellzahl und Zellart Angaben zur (Verdachts-)Diagnose erforderlich!
Bakterien-Antigen- Schnelltest	3	1	L	negativ		Latex-Agglutinationstest für folgende Bakterien: H. influenzae b, S. pneumoniae, N. meningitidis A, C, Y, W 135 N. meningitidis B/E.coli (Kreuzreaktion), Streptokokken B
BAL (broncho-alveoläre Lavage)	3	50	BAL	Alveolarmakroph.: > 84 Lymphozyten: < 13 Segmentkernige: < 3 T4/T8-Ratio: 1,6 - 2,0	% % %	Bestimmung von Zellzahl und Zellart und ggf. von T4- und T8- Lymphozyten. Für Mat. unterschiedlicher Lokalisation jeweils einen eigenen Anforderungsbeleg verwenden! Eiskühlung erforderlich! (Bakteriologische Untersuchungen auf Beleg 6)
B-Lymphozyten	3	1	EDTA-Blut	Gesamt-B-Lymphozyten: 0 - 2 J.: 14 - 38 2 - 16 J.: 4 - 20 > 16 J.: 3 - 24	%	Verlaufskontrolle unter B-Zell-depletierender Therapie
Fragmentozyten	1	2	EDTA-Blut		pro Tsd. Ery	Diagnostische Angaben erforderlich
Gelenkpunktat	3	1	Punktat in NH4- Heparin und EDTA- Monovette			Bestimmung von Zellzahl, Zellart, Untersuchung auf Kristalle (Bakteriologische Untersuchungen auf Beleg 6)
HbF (Hämoglobin F)	1	0,2	EDTA-Blut	bis 2 J.: - 50 2 bis 3 J.: 0 - 20 ab 3 J.: 0 - 10	/1000 Ery's	

Analyt	Beleg	Erforderliche Menge (ml)	Material	Referenzbereich	Dimension	Bemerkungen
Immunstatus (zellulär)	3	1	EDTA-Blut	Gesamt-B-Lymphozyten: 0 - 2 J.: 14 - 38 2 - 16 J.: 4 - 20 > 16 J.: 3 - 24 Gesamt-T-Lymphozyten: > 16 J.: 59 - 89 T4- Lymphozyten: 0 - 2 J.: 28 - 53 2 - 16 J.: 23 - 48 > 16 J.: 32 - 66 T8- Lymphozyten: 0 - 2 J.: 12 - 26 2 - 16 J.: 12 - 29 > 16 J.: 8 - 38 NK-Zellen: 0 - 19	%	Grundprogramm: - Gesamt- B- und T-Lymphozyten, - T4- und T8-Lymphozyten, - NK-Zellen, - zytotoxische T-Lymphozyten, - T-Zell-Aktivierung / HLA-DR Bezüglich der Referenzwerte für die absoluten Zellzahlen siehe Befundausdruck!
Liquor (Zellzahl, Zellart)	3	2	L			Bestimmung von Zellzahl und Zellart Angaben zur (Verdachts-)Diagnose erforderlich!
Malaria	1					Siehe Parasiten
Parasitennachweis im Blut	1	1	EDTA-Blut	negativ		Untersuchung auf Malariaerreger, Trypanosomen, Mikrofilarien u.a. im peripheren Blut . Spezielle Reiseanamnese des Patienten mitteilen!
Pleurapunktat	3	1	Punktat			Bestimmung von Zellzahl und Zellart. Angaben zur (Verdachts-)Diagnose erforderlich! (Bakteriologische Untersuchungen auf Beleg 6)
Sondermaterial-Zytologie	3	1	Punktat			z.B. Perikarderguß, Pankreascyste, Leberpunktat. Bestimmung von Zellzahl und Zellart. Angaben zur Art des Materials und zur (Verdachts-) Diagnose erforderlich!

Analyt	Beleg	Erforderliche Menge (ml)	Material	Referenzbereich	Dimension	Bemerkungen
T4/T8-Lymphozyten	3	1	EDTA-Blut	Referenzwerte der T4- und T8-Lymphozyten siehe Immunstatus!		Quantitative Bestimmung der Helfer- u. Suppressor-T- Lymphozyten und des T4/T8-Quotienten
			BAL	T4/T8-Ratio: 1,0 - 2,3		

Spezielle Hämatologie

Analyt	Beleg	Erforderliche Menge (ml)	Material	Referenzbereich	Dimension	Bemerkungen
CD 34-Ag (Stammzellantigen)	3	1	EDTA-Blut			Verfahren der speziellen Hämatologie (II. Med. Klinik)
Enzymfärbung	3	1	EDTA-Blut EDTA-KM			Verfahren der speziellen Hämatologie (II. Med. Klinik) je nach Fragestellung gehören dazu: POX , PAS, Esterase und saure Phosphatase
Knochenmark-Zytologie	3		EDTA - KM			Verfahren der speziellen Hämatologie (II. Med. Klinik)
Leukämie-Typisierung	3	2	NH4-Heparin- Blut, heparinisiertes KM oder EDTA-Blut, EDTA -KM			Verfahren der Speziellen Hämatologie (II. Med. Klinik)

Transfusionsmedizin

Analyt	Beleg	Erforderliche Menge (ml)	Material	Referenzbereich	Dimension	Bemerkungen
AAK gegen Erythrozyten	7	10	Nativblut			Diagnostische Angaben erforderlich!
-Kälteagglutinine und -hämolysine			(weißer Verschluß)			Material für Käteagglutinine und -hämolysine im körperwarmen Wasserbad ins Blutdepot bringen.
-Wärmeagglutinine und -hämolysine						Untersuchung auf Wärmeagglutinine und -hämolysine im Rahmen der Abklärung einer Immunhämolyse. Telefonische Rücksprache (2782) erforderlich!
AKI / AKS	7	9	EDTA			Siehe Antikörperidentifizierung / Antikörpersuchtest
Antigenaustestung A1, A2, D(w)	7	9	EDTA			bei Blutgruppenbestimmung und Kreuzprobe erforderliche Zusatzuntersuchung, kann nicht angefordert werden
Antigenaustestung (sonstige Antigene)	7	9	EDTA			bei Kreuzprobe evtl. erforderliche Zusatzuntersuchung, kann nicht angefordert werden
Antikörper-Elution	7	9	EDTA			siehe Immunhämolyse (Abklärung)
Antikörper-Identifizierung (AKI)	7	9	EDTA			bei positivem Antikörpersuchtest erforderliche Zusatzuntersuchung zur Identifizierung von Wärme- oder Kälte-Antikörpern, kann nicht angefordert werden
Antikörpersuchtest (AKS)	7	9	EDTA			
Antikörpertiter	7	9	EDTA			Austitrierung eines erythrozytären Antikörpers im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge
Auto-Ak-Wärme	7	9	EDTA			siehe AAK gegen Erythrozyten
Direkter Coombstest	7	9	EDTA	negativ		Diagnostische Angaben erforderlich! polyspezifisch, monospezifisch IgG, IgM, C3

Analyt	Beleg	Erforderliche Menge (ml)	Material	Referenzbereich	Dimension	Bemerkungen
Donath-Landsteiner-Ak	7	9	EDTA	negativ		siehe Abklärung (Auto)-Immunhämolyse (wegen Abnahmebedingungen vorher im Blutdepot (Tel. 2782) anrufen).
Große Blutgruppe	7	9	EDTA			Die "Große Blutgruppe" beinhaltet : AB0- und Rhesus-Formel, Kell-Antigen und Antikörpersuchtest
immunes Anti-A, immunes Anti-B	7	9	EDTA			
Immunhämolyse (Abklärung)	7	10 5	Nativblut (weißer Verschluß) Citratblut			Telefonische Rücksprache unbedingt erforderlich.
inkomplette Wärme-Ak	7	9	EDTA			siehe Immunhämolyse (Abklärung)
Kälte- (Auto-) Antikörper	7	10	Nativblut			Siehe AAK gegen Erythrozyten
Kreuzprobe	7	9	EDTA	negativ		Automatische Folgeuntersuchung bei der Anforderung von Erythrozytenkonzentraten
Wärme- (Auto-)Antikörper	7	9	EDTA			Siehe AAK gegen Erythrozyten