ANTECH

ZYTOLOGIE/ATEMWEGSSERVICE PFERD

70168805 07

Name (Tierhalter)

Vorname (Tierhalter)

Nur ausfüllen bei Rechnung an Tierhalter

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Tiername/Patienten-ID

Rasse

Geburtsdatum/Monat, Jahr

ID-Nr./ext. Referenz

Lebens-/Zuchtbuch-/Chip-Nummer

Probenentnahme am/um: .....

☐ .....
Rechnung an Tierhalter nur gültig mit Unterschrift

.....
weitere Untersuchungen/Bemerkungen

☐ Hund ☐ Katze ☐ Pferd ☐ Kaninchen

☐ Frettchen ☐ Meerschweinchen ☐ Vogel: _____ ☐ Reptil: _____

☐ Sonstige: _____

☐ männlich ☐ männl. kastriert ☐ weiblich ☐ weibl. kastriert

Bitte für Atemwegsservice Pferd die Rückseite verwenden

MATERIAL

Bei mehreren Lokalisationen Herkunft immer eindeutig auf OT oder Behälter kennzeichnen.

Objektträger

Anzahl __ OTs __ Lokalisationen

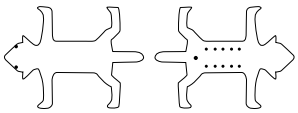
Flüssigkeit

__ Röhrchen EDTA __ Röhrchen Nativ

Probenart ☐ FNA ☐ Abstrich ☐ Abklatsch ☐ Sonstige: _____

PROBENHERKUNFT (Lokalisation und Beschreibung)

z. B. **Organ**: Veränderungen; **UV**: Größe, Aussehen, Verschieblichkeit; **Erguss**: Lokalisation, Menge; **Vaginalabstrich**



_____

_____

_____

ANAMNESE

z. B. Grund der Untersuchung, Dauer der Symptome, Begleiterkrankungen/Allgemeinbefinden, Auslandsreisen

_____

_____

Klinische Verdachtsdiagnose: _____

Vorangegangene Laborergebnisse: _____

Ggf. Vorbehandlungen: _____

Bei Hauterkrankungen:

Juckreiz: ☐ nein ☐ mäßig ☐ hochgradig **Verteilung der Läsionen:** ☐ lokal ☐ diffus ☐ symmetrisch

Weitere mikrobiologische Untersuchungen, Erregernachweise und Einzelverfahren finden Sie auf unseren anderen Untersuchungsaufträgen

Zytologie

Zytologie Flüssigkeiten (FE + OT)

- ☐ Körperhöhlenerguss
- ☐ Synovia
- ☐ Flüssigkeit, sonstige
  - ☐ Liquor
  - ☐ Sonstiges (z. B. Galle, BAL)

  .....
- ☐ FIP Profil Erguss (Katze)

Zytologie Objektträger (OT)

- ☐ Objektträger, divers
- ☐ Knochenmark (OT+E)
- ☐ Vaginalabstrich

Bitte für Atemwegsservice Pferd die Rückseite verwenden

Einzelverfahren

- ☐ Zellzahl (FE)
- ☐ Zellzahl (Liquor)
- ☐ Gesamteiweiß (FN/FE)
- ☐ Gesamteiweiß (Liquor)
- ☐ Rivaltatest (FN/FE)
- ☐ Lymphozytenklonalität (PARR) (OT/FN/FE)
- ☐ BRAF-Mutation (Hd.) (OT/So)

PCR (FE/FN)

- ☐ Angiostr. vasorum
- ☐ Calicivirus, felines
- ☐ Chlamydia felis
- ☐ Coronavirus, felines
- ☐ Herpesvirus, felines
- ☐ Leishmania spp.
- ☐ Str. equi ssp. equi

☐ Sonstige:
.....

E = EDTA-Blut, FE = Flüssigkeit (EDTA), FN = Flüssigkeit (nativ), FNA = Feinnadelaspirat, GF = Gewebe (Formalin), GN = Gewebe (in NaCl), OT = Objektträger

ATEMWEGSSERVICE PFERD

Patientendaten Pferd bitte auf Seite 1 eintragen

ANAMNESE

Verwendungszweck

☐ Freizeit ☐ Dressur ☐ Springen ☐ Vielseitigkeit ☐ Rennsport ☐ Fahren ☐ Distanz
☐ Western ☐ keine reiterliche Nutzung

Haltung

☐ Box ☐ Offenstall ☐ Weide ☐ Paddock Kontakt zu trockenem Heu/Stroh ☐ ja ☐ nein

Impfstatus

Influenza: ☐ ja ☐ nein ☐ unbekannt Herpes: ☐ ja ☐ nein ☐ unbekannt

MATERIAL UND HERKUNFT

Material

☐ OT (Anzahl: _____) ☐ Flüssigkeit (EDTA) (Anzahl: _____) ☐ Flüssigkeit (nativ) (Anzahl: _____)
☐ Abstrich mit Medium ☐ zellreicher Abstrich ohne Medium

Herkunft (Angabe zwingend erforderlich)

☐ TBS ☐ TBS-Spülprobe ☐ BAL

ANFORDERUNG

☐ Zytologie TBS/BAL (OT + TBS/BAL)
☐ Zytologie BAL als Folgeuntersuchung (OT + BAL) Vorherige Befundnummer TBS: _____ (erforderlich)
☐ Zytologie TBS/BAL & bakteriologische Kultur (OT + TBS/BAL/AM)
☐ Zytologie TBS/BAL & bakteriologisch-mykologische Kultur (OT + TBS/BAL/AM)

Zusatzuntersuchungen können hier **nur in Kombination mit einer zytologischen Untersuchung** angefordert werden.
Weitere mikrobiologische Untersuchungen, Erregernachweise und Einzelverfahren finden Sie auf unseren anderen Untersuchungsaufträgen.

Zusatzuntersuchung Profile

☐ Atemweg-Profil Fohlen (PCR) (T/TBS) ☐ Atemweg-Profil Fohlen, groß (PCR) (AM+T/TBS)
☐ Atemweg-Profil Pferd (PCR) (T/TBS) ☐ Atemweg-Profil Pferd, groß (PCR) (AM+T/TBS)

Zusatzuntersuchung Einzeluntersuchungen

☐ EHV 1/4 (PCR) (T/TBS) ☐ EHV 2/5 (PCR) (T/TBS/BAL) ☐ Influenza A (PCR) (T/TBS)
☐ Rhinitisvirus A + B (PCR) (T/TBS) ☐ Rhodococcus equi (PCR) (T/TBS)

BISHERIGE UNTERSUCHUNGEN / BISHERIGE THERAPIE

Bisherige Untersuchungen

Nasenausfluss: ☐ weißlich ☐ gelblich ☐ keiner ☐ sonstiges

Husten: ☐ ja ☐ obB

Dyspnoe in Ruhe: ☐ ja ☐ nein

Bauchatmung: ☐ ja ☐ nein

Auskultation: ☐ verschärft Inspiration ☐ Exspiration ☐ Giemen ☐ Rasseln

Mandibular-LK: ☐ druckdolent ☐ obB ☐ vergrößert

Fieber: ☐ ja ☐ nein

Endoskopie:

Sekretart: ☐ serös ☐ seromukös ☐ mukös ☐ purulent ☐ blutig
Viskosität 1 – 5: ___

Sekretmenge: ☐ obB ☐ ggr. ☐ mgr. ☐ hgr.
Menge 1 – 5: ____

Bisherige Therapie

Bronchiendilatator (Clenbuterol/Ventipulmin/Venti+ o.ä.)
☐ ja ☐ nein ☐ unbekannt

Sekretolytikum (Dembrexin / Sputolysin / ACC / Equimucin o.ä.)
☐ ja ☐ nein ☐ unbekannt

Systemische Glukokortikoide: ☐ ja ☐ nein ☐ unbekannt

Inhalative Glukokortikoide: ☐ ja ☐ nein ☐ unbekannt

Antibiotika: ☐ ja ☐ nein ☐ unbekannt

wenn ja, welche: _____

Ansprechen auf die Therapie:

_____

weitere Informationen:

_____

AM = Abstrich mit Medium; BAL = Bronchiallavage; OT = Objektträger, T = zellreicher Abstrich ohne Medium; TBS = Tracheobronchialsekret

Stand 11/2023