

Screening-ID: \_\_\_\_\_

Dokument. Zentrum: \_\_\_\_\_



Datum der Erhebung: \_\_\_\_|\_\_\_\_|.\_\_\_\_|\_\_\_\_|.2|0|\_\_\_\_|\_\_\_\_|

### Basisdokumentation nach positivem Neugeborenencreening auf Sichelzellkrankheit

| Demographische Angaben |  |
|------------------------|--|
| Name, Vorname          |  |
| Geburtsdatum           | ____ ____ .____ ____ .2 0 ____ ____  <i>(tt.mm.jjjj)</i> |
| Gestationsalter        | ____ ____  + ____  |

| Bestätigungsdiagnostik im hämatologischen Zentrum |   |  |  |
|---|---|--|--|
| Datum   | ____ ____ .____ ____ .2 0 ____ ____   |  | <i>(tt.mm.jjjj)</i>                          |
| Bestätigungsdiagnostik                            | <input type="checkbox"/> Hämoblobinanalyse („Hb-Elektrophorese“)  | Molekulargenetische Untersuchung veranlasst<br><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |  |
| Hämoglobin-zusammensetzung [in %]                 | HbA ____ ____ ,____ <br>HbA2 ____ ____ ,____  | HbF ____ ____ ,____ <br>HbS ____ ____ ,____  | andere:<br>Hb____ ____ ____ ,____            |
| Genotyp   | <input type="checkbox"/> SCD-S/S<br><input type="checkbox"/> SCD-S/C  | <input type="checkbox"/> SCD-S/beta(+)-Thal.<br><input type="checkbox"/> SCD _____                       | <input type="checkbox"/> SCD-S/beta(0)-Thal. |
| Screening-Ergebnis bestätigt                      | <input type="checkbox"/> JA   | <input type="checkbox"/> NEIN  |  |
|   | Bitte nehmen Sie unbedingt Kontakt mit dem GPOH-Konsortium Sichelzell-krankheit auf, <b>bevor</b> Sie hier „Nein“ ankreuzen. Die Kontaktdaten finden Sie unter <a href="http://www.sichelzellkrankheit.info">www.sichelzellkrankheit.info</a> |  |  |
| Aufklärung über GPOH-Register erfolgt             | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> nein  |  |
| Bemerkung   |   |  |  |