

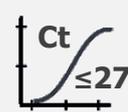
SEQ	 Carl-Thiem-Klinikum Cottbus <small>AKADEMISCHES LEHRKRANKENHAUS DER CHARITÉ</small> <i>Das Gesundheits-Campus</i>	Carl-Thiem-Klinikum Cottbus Brandenburger Referenzlabor SARS-CoV-2-Virusgenom Thiemstrasse 111 D-03044 Cottbus Anschrift Kurier: Eingang Leipziger Str. Haus 6 Ebene 2 Tel.: 0355 46 2538 Fax: 0355 46 4086 E-Mail: covid19@ctk.de Web: www.ctk.de	↓ Wird vom Referenzlabor ausgefüllt ↓
	BIOMES		Eingang: _____
			Int. Labor--Nr.: _____ IMS-ID: _____

SARS-CoV-2-Gesamtgenomsequenzierung: Einsendeschein

Patient (ggfs. Etikett)	Einsendendes Primärlabor	Beauftragendes Gesundheitsamt
Name, Vorname	Name, Anschrift	Landkreis, Anschrift
Geb.Datum	Faxnummer	Ansprechpartner / Telefonnummer
Pat. ID	Auftr.-Nr.	Fall-Nr.:

Angaben zur Probe			
Datum der Probengewinnung	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">RT-PCR-Ergebnis</td> <td>Datum: _____ Ct-Wert: _____ Hinweis: _____</td> </tr> </table>	RT-PCR-Ergebnis	Datum: _____ Ct-Wert: _____ Hinweis: _____
RT-PCR-Ergebnis	Datum: _____ Ct-Wert: _____ Hinweis: _____		
Herkunft	<input type="checkbox"/> Abstrichtupfer Nase & Rachen gepoolt <input type="checkbox"/> Trachealsekret <input type="checkbox"/> Abstrichtupfer Rachen <input type="checkbox"/> Bronchoalveoläre Lavage <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____		
Probenauswahl	<input type="checkbox"/> Zufällig ausgewählte Probe <input type="checkbox"/> Aufforderung durch Gesundheitsamt <input type="checkbox"/> PCR-Ergebnis mit Hinweis auf Variante (z.B. Ausfall PCR im S-Gen): _____ <input type="checkbox"/> unerwartete Krankheitsschwere/ klin. Verlauf: _____ <input type="checkbox"/> ungewöhnliches Ausbruchsgeschehen: _____ <input type="checkbox"/> Exposition (z.B. pos. Reiseanamnese in den letzten 4 Wochen) _____ <input type="checkbox"/> Reinfektion: Erstinfektion am: _____ <input type="checkbox"/> Impfdurchbruch (siehe Punkt Impfung) <input type="checkbox"/> Weitere: _____		

Patientenangaben			
Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	PLZ Wohnort	_____
Risikofaktoren	<input type="checkbox"/> Immunsuppression (inkl. Kortikosteroidgabe) <input type="checkbox"/> Unterbringung in Pflegeheim / Massenunterkünften <input type="checkbox"/> Tätigkeit in Einrichtung des Gesundheitswesens <input type="checkbox"/> chronische Erkrankungen		
SARS-CoV-2-Impfstatus	<input type="checkbox"/> geimpft <input type="checkbox"/> ungeimpft <input type="checkbox"/> unbekannt 1. <u>Impfung</u> Impfstoff: _____ Datum: _____ Charge: _____ 2. <u>Impfung</u> Impfstoff: _____ Datum: _____ Charge: _____		
Serologie	SARS-CoV-2-IgG: <input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ Test: _____ Datum: _____ SARS-CoV-2-IgA: <input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ Test: _____ Datum: _____		
_____ Datum	_____ Unterschrift	_____ Ansprechpartner	_____ Telefonnummer für Rückfragen

Versandhinweise Proben sind als „Biologischer Stoff, Kategorie B“ der UN-Nr. 3373 mit dem Verpackungshinweis P650 und möglichst gekühlt an o.g. Anschrift zu versenden. Proben können für Forschungszwecke weiterverwendet werden. Dieser Nutzung kann widersprochen werden. Ein Teil der angebotenen Tests wird als intern validierte Verfahren durchgeführt (Teste ohne CE-Markierung).	Geeignetes Medium  PBS / UTM	Geeignete Viruskonzentration  Ct ≤27	Lagerung bis zum Transport  -70 °C	Geeignete Transportgefäße  2 ml	Versand auf Trockeneis  UN 3373
---	---	---	---	--	--