

GO ON® Pflegedokumentation

Ärztl. Kommunikation

Bewohnername, Vorname		Veesser, Margot		Stand:		20.08.2019
Geb.-Datum		05.11.1932				
Wohnbereich		Wb 3				
Datum	Uhrzeit	Arzt	Kommunikationsform	HDZ Pflegekraft	Art d. Kommunik.	
20.08.2019	16:57	Thum Fax: 60252	per Fax	NaC	medizinisch	

Hinweis / Frage an Arzt:

Sehr geehrter Hr. Dr. Thum,
anbei beigefügt ist Arztbericht bei Fr. Veesser vom AMEOS Klinikum.

mit freundlichen Grüßen
HKE WB3



Vor allem Gesundheit

AMEOS-Klinikum, Kaiserstuhl, Brunnengasse 1, D-79235 Vogtsburg-Bischoffingen

Herrn

Dr. med. Wolfram Deissler

Mossmattenstraße 23

79117 Freiburg im Breisgau

AMEOS-Klinikum

Kaiserstuhl

Brunnengasse 1

D-79235 Vogtsburg-Bischoffingen

Tel. +49 (0)7662 811-0

Fax +49 (0)7662 811-320

info@vogtsburg-ameos.de

IK-Nr. 260 830 399

Entlassmanagement

Tel. +49 (0)7662 811-0

Universitätsklinikum Freiburg, Klinik für Neurochirurgie, Breisacher Str. 64 b, 79106 Freiburg

Klinik für Innere Medizin, Geriatrie und Suchtmedizin, Herr Dr. med. Hannes Renghausen

Durchwahl: +49 (0) 7662 811 406; Fax: +49 (0) 7662 811 320; hreh.med@vogtsburg-ameos.de

AufnahmeHotline: +49 (0)7662 811 825

20.08.2019

Vorläufiger Entlassbrief

Veesser Margot, geb. 05.11.1932

Weismannstr. 3a, 70117 Freiburg

Stationär vom 14.08.2019 bis 20.08.2019

Sehr geehrter Herr Kollege,

Wir berichten abschließend über den stationären Aufenthalt der o.g. Patientin in unserem Hause.

Diagnosen:

1. Schädel-Hirn-Trauma mit traumatischer Subarachnoidalblutung und subduralen Hygromen bds.
- Subdurale Drainage links am 05.08.2019; subdural Drainage rechts am 08.08.2019
2. Z. n. zerebraler transitorischer Ischämie am 14.01.2014
3. Strukturelle linkshemisphärische Epilepsie nach einem Mediatallinfarkt links
7. Z. n. Stent-gestützter Angioplastie der Arteria carotis interna links 2010
8. Supraaortale Makroangiopathie mit 60-/70-jähriger ACI-Stenose rechts
9. Rez. Synkopen
10. Demenz
11. Amaurosis links
12. Z. n. Pneumonie: CRP bei Aufnahme 43,5 mg/l
13. Z. n. bakterieller Harnwegsinfektion
14. Diabetes mellitus Typ II
15. Arterielle Hypertonie
16. Hypercholesterinämie
17. Z. n. Radiusfraktur rechts (Datum unbekannt)
18. Mit initial Immobilität und verbleibender persistierender Sturzgefahr bei multifaktorieller Gangstörung, mit sehr schwerer motorischer Funktionseinschränkung (initial R26.3).

AMEOS Krankenhausgesellschaft Baden mbH · Geschäftsführung: Dr. Andreas Hartung

Rudolf Schraühuber · Krankenhausdirektor · Helmut Bauer · Amtsgericht Freiburg · HRB 230175

IBAN: DE60 3006 0601 0006 8832 73 · SWIFT/BIC: DAAEDEDXXX

ameos.eu

Veesser Margot, geb.05.11.1932

verbleibend R26.8, R26.9, U50.4).

19. Sarkopenie
20. Frailty-Syndrom
21. Vitamin D-, D6-, B12- und Folsäuremangel

Anamnese:

Die stationäre Aufnahme von Frau Veesser erfolgte als Übernahme aus der Universitätsklinik Freiburg, Klinik für Neurochirurgie, am 14.08.2019 bei Z. n. subdural Drainage links und rechts bei Schädel-Hirn-Trauma mit bds. subdural Hygromen und traumatischer Subarachnoidalblutung zur komplexgeriatrischen Behandlung.

Zum Zeitpunkt der Aufnahme war die Patientin komplett bettlägerig und nicht ansprechbar. Die Fremdanamnese erfolgte telefonisch mit dem Sohn, Herrn Peter Veesser.

Frau Veesser wurde am 21.07.2019 im Pflegeheim vor dem Rollstuhl auf dem Boden aufgefunden und wurde notfallmäßig in die Universitätsklinik Freiburg bei V.a. Sturz mit Kopfanprall verlegt. Dort erfolgte ein CT des Schädels, welches ein schmales subdurales Hämatom links frontal sowie eine traumatische Subarachnoidalblutungsanteile bds. frontal ergab, jedoch ohne akute Interventionsindikation.

Am 05.08.2019 erfolgte eine subdurale Drainage links und am 08.08.2019 erfolgte eine subdurale Drainage rechts, die komplikationslos gelaufen seien.

Die Patientin wurde am 14.08.2019 in unsere Klinik zur geriatrischen Frühkomplexbehandlung sowie zur Fortführung der Mobilisation verlegt.

Sozialanamnese bei Aufnahme:

Fremdanamnese mit dem gesetzlichen Betreuer, Sohn Herr Vesser (Tel: 0162 2129819).

Die Patientin sei verwitwet und wohne in dem Pflegeheim Haus Katharina Egg in Freiburg.

Patientenverfügung liege nicht vor.

Pflegegrad V.

Nach Rücksprache mit dem Sohn wurden die Wiederbelebungsmaßnahmen sowie Intensivstation abgelehnt.

Vegetative Anamnese:

Stuhlgang regelmäßig. Miktio über einliegendes BDK. Einschlafstörungen. Durst gesteigert. Appetit schlecht. Die Patientin war vor dem Sturz mit dem Rollstuhl im Pflegeheim mobil.

Alkohol- und Nikotinanamnese leer.

Allergien:

Anamnestisch keine Allergien bekannt.

Medikation bei Aufnahme:

Insulin Glargin Toujeo SoloStar 300 E/ml

Fraxiparin 0,3

s.c. NaCl 10 ml, 0,9 %

Alphagan 0,2 % Augentropfen

Xalatan 0,05 mg/ml Augentropfen

HCT 12,5 mg

Amlodipin 5 mg

Metformin 500

Aspirin 100 mg

14 E um 07:00 Uhr (aktuell pausiert)

1 um 15:00 Uhr

3x täglich per Inhalation

1-1-0

0-0-1

1-0-0

1-0-0

1-0-1

1-0-0 (aktuell pausiert)

Veese Margot, geb.05.11.1932

Candesartan 16 mg	1-0-0
Lamotrigin 100 mg	0-0-1
Lamotrigin 25 mg	3-0-0
Atorvastatin 20 mg	0-0-1
Novalgin Tropfen	30 gtt 4x/Tag

Aufnahmestatus:**Körperlicher Untersuchungsbefund**

87-jährige Patientin in reduziertem AZ und kachektischem EZ. AF 18/min., SpO2 97 %, HF 90/min., RR 130/80 mmHg. Patientin wach, nicht ansprechbar, komplett bettlägerig, Kräftezustand schlecht. Haut trocken, Schleimhäute leicht blass. Keine Dyspnoe, kein Foetor, keine Ödeme. Augen/Ohren/Nase unauffällig. Zunge belegt. Gebiss mit Vollprothese oben und unten, ausreichend saniert. Thorax fassförmig. Pulmo: Vesikuläres Atemgeräusch, keine Nebengeräusche. Cor: Herztöne rein und rhythmisch, keine path. Geräusche. Abdomen: Weich, kein Druckschmerz, keine Abwehrspannung, Darmgeräusche regelrecht über allen 4 Quadranten. Leber, Gallenblase nicht tastbar. Nierenlager bds. frei. WS: Beweglichkeit ausreichend, nicht druckdolent. Neurologisch orientierend unauffällig.

Ruhe-EKG (14.08.2019):

Normofrequenter Sinusrhythmus, HF 85/min, AV-Block 1. Grades, überdrehter LT, periphere Niedervoltage, keine ST-Strecken Hebungen oder Senkungen, keine ERBS.

Urinuntersuchung (15.08.2019):

pH: 8, Prot: +, Blut: (+), Ery: 5-10 +, Ketonkörper: +, Plattenepi: (+)

Laborbefunde in Kopie anbei (Bioscientia Institut für medizinische Diagnostik GmbH, Labor Freiburg, Mülhauser Str. 9, 79110 Freiburg im Breisgau, Tel. 0761 400650)

Rehabilitativer Verlauf:

Zusammenfassende Abschlussbefunde nach erfolgter Komplexbehandlung 8-550:

Frau Hoch wurde einer intensiv multimodal geriatrischen Komplexbehandlung unterzogen. Ziel war es, die Patientin an ihre Alltagsforderungen zu readaptieren und die Mobilität und ADL-Kompetenz zu verbessern.

Pflege:

Barthel bei Aufnahme und Entlassung 20. Fr. Veese konnte von ihrem 6tägigen Klinikaufenthalt nur bedingt profitieren. Ihr Hilfebedarf bestand anfangs bei der Körperpflege, bei der Ausscheidung aktuell in der Versorgung des Harnblasenverweilkatheters und dem Wechsel der IKM, und bei den Transfers aus dem Bett in den RS. Die Mahlzeiten müssen der Pat. in passierter Form überwiegend verabreicht werden. Die Medikamente werden gemörsert und mit einem Kompott eingegeben. Die Körperpflege muss komplett vom PP durchgeführt werden, ebenso die Maßnahmen für die Ausscheidung (s.o.) Ihr Hilfebedarf hat sich bis zum Entlasstag nicht verändert.

Logopädie:

Frau Veese wurde mir mit V. a. Dysphagie vorgestellt. Nach genauerer Diagnostik bestätigte sich dieser Verdacht. Die Pat. hat eine mittlere Dysphagie in Form von Hypotonie der Kehlkopfmuskulatur, welche durch manuelle Schlucktherapie des laryngealen Bereiches wieder gut in Funktion gebracht werden kann. Bei der Pat. liegt Behandlungsbedarf in Form von aktivem Schlucktraining vor. Logopädisch wurde hier stets kontrolliert die Nahrungsaufnahme gesichert in Form von aktivem und

Veese Margot, geb.05.11.1932

passivem Schlucktraining. Der AZ hat sich stabilisiert und die Menge der Nahrung war zufriedenstellend.

Logopädie wäre dringend weiterhin notwendig und empfehlenswert, um Aspirationspneumonien zu verhindern.

Neuropsychologie:

Eine neuropsychologische Beurteilung im Rahmen eines standardisierten Assessmentverfahrens wurde wiederholt versucht, aber konnte wegen der eventuell fortgeschrittenen demenziellen Entwicklung nicht durchgeführt werden.

Medizinischer Verlauf:

Der stationäre Aufenthalt von Frau Veese erfolgte als Übernahme aus der Universitätsklinik Freiburg, Klinik für Neurochirurgie, aufgrund gravierender Einschränkungen der Alltagskompetenz im Sinne zunehmender Pflegebedürftigkeit bei Polymorbidität im hohen Alter, vordergründig in Folge akuter Immobilität/Bettlägerigkeit nach operativer Versorgung eines Schädel-Hirn-Traumas sowie Z. n. bakterieller Pneumonie und bakteriellem Harnwegsinfekt am 14.08.2019 zur komplexgeriatrischen Behandlung.

Bei Aufnahme zeigte sich Frau Veese komplett bettlägerig, nicht ansprechbar, noch deutlich geschwächt von der stattgefundenen OP sowie in allen ADL vollkompensatorisch pflegebedürftig.

Bei bekanntem Diabetes mellitus waren die BZ-Werte während des stationären Aufenthaltes zunächst zufriedenstellend. Aufgrund der bestehenden Schwäche der Patientin mit zusätzlich ausgeprägter Schluckstörung (siehe ausführlichen Bericht der Logopädie), stellte sich die Nahrungsaufnahme zunächst erschwert dar. Bei drohender Hypoglykämie pausierten wir die Insulingabe vorübergehend. Darunter zeigten sich die Blutzuckerwerte weiterhin zufriedenstellend.

Durch das logopädische Schlucktraining konnte die Nahrungsaufnahme im weiteren Verlauf erleichtert werden. Wir empfehlen regelmäßige Blutzuckermessungen und die Fortsetzung der Insulingaben bei geregelter, ausreichender Nahrungsaufnahme.

Nach logopädischer Empfehlung sollen Getränke leicht angedickt werden (Nektarkonsistenz) und Medikamente gemörsert in Joghurt gegeben werden. Eine Essensbegleitung ist aufgrund der hohen Aspirationsgefahr erforderlich. Es sollen nur kleine Mengen Nahrung auf einmal gegeben werden.

Die Fäden der zuvor einliegenden Subduraldrainagen bds. okzipital-parietal sollen nach Empfehlung der neurochirurgischen Kollegen bei reizlosen, verheilten Wundverhältnissen am 21.08.2019 gezogen werden.

Laborchemisch zeigte sich bei Aufnahme ein noch leicht erhöhter CRP-Wert. Im weiteren Verlauf kam es zu einem spontanen Abfall.

Bei Entlassung lag der CRP-Wert mit 8,1 mg/dl noch leicht über dem Referenzbereich und die bei Aufnahme bestehende normochrome, normozytäre Anämie zeigte sich stabil zum Entlasszeitpunkt.

Zusammenfassend zeigte sich Frau Veese initial bei Übernahme aus der Universitätsklinik Freiburg komplett bettlägerig mit deutlich eingeschränkter körperlicher Belastbarkeit und in allen ADL vollkompensatorisch pflegebedürftig. Lagewechsel und Transferleistungen waren nur mit Hilfe von zwei Hilfspersonen möglich. Leider konnte aufgrund der ausgeprägten Schwäche der Patientin eine adäquate physiotherapeutische Beübung noch nicht begonnen stattfinden. Wir entlassen Frau Veese auf Wunsch der bevollmächtigten Angehörigen vorzeitig zurück in die Pflegeeinrichtung Haus Katharina Egg.

Veesser Margot, geb.05.11.1932

Entlasswerte:

Temperatur	36,8 °C
SPO2 (RL)	95 % bei RL
Barthel bei Aufnahme:	20
Barthel vor Entlassung:	20

Entlassmedikation:

Insulin Glargin Toujeo SoloStar 300 E/ml	14 E um 07:00 Uhr (aktuell pausiert) um 15:00 Uhr (bis zur Mobilisierung)
Fraxiparin 0,3ml	
Alphagan 0,2 % Augentropfen	1-1-0
Xalatan 0,05 mg/ml Augentropfen	0-0-1
HCT 12,5 mg	1-0-0
Amlodipin 5 mg	1-0-1
Metformin 500 mg	1-0-1
Aspirin 100 mg	1-0-0 (aktuell pausiert)
Candesartan 16 mg	1-0-0
Lamotrigin 100 mg	0-0-1
Lamotrigin 25 mg	3-0-0
Atorvastatin 20 mg	0-0-1
Novalgin Tropfen	30 gtt 4x/Tag
Dekristol 20.000 I.E.	1x/Wo. freitags
Kalinor Brause	1-0-0 (bis einschl. 22.08.2019)

Selbstverständlich können auch andere wirkstoffgleiche Präparate verordnet werden.

Termine:

Wiedervorstellung in der Neurochirurgischen Sprechstunde in der Universitätsklinik Freiburg am 10.09.2019 um 10:45 Uhr.

Therapieempfehlungen:

Zum Zeitpunkt der Entlassung lag der CRP-Wert noch leicht über dem Referenzbereich, es bestand eine diskrete Hypokaliämie und eine stabile normozytäre normochrome Anämie. Wir empfehlen regelmäßige Kontrollen bis zur Normalisierung der Werte und das Absetzen der Kaliumsubstitution bei Normokaliämie.

Nach logopädischer Empfehlung sollen Getränke leicht angedickt werden (Nektarkonsistenz) und Medikamente gemörsert in Joghurt gegeben werden. Eine Essensbegleitung ist aufgrund der hohen Aspirationsgefahr erforderlich. Es sollen nur kleine Mengen Nahrung auf einmal gegeben werden.

Wir empfehlen regelmäßige Blutzuckermessungen und die Fortsetzung der Insulingaben (ggf. in zunächst reduzierter Dosierung) bei geregelter, ausreichender Nahrungsaufnahme.

Mit freundlichen Grüßen

AMEOS Süd

6

Veesser Margot, geb.05.11.1932

Dr. med. Hannes Rengshausen
Chefarzt
Facharzt f. Innere Medizin und Geriatrie
-Zusatzbezeichnung Suchtmedizin-



Oleg Baranov
Oberarzt
Facharzt für Innere Medizin,
Endokrinologie und Diabetologie



J. Kudermann
Stationsarzt

Seite 6 von 6

Name: Veaser, Margot
Geb. Datum: 06.11.1932
Fallnummer: xav11570895
Organisation: Amedos-Klinikum Kaiserstuhl Station2

			19.08.2019	14.08.2019
			11:30	12:00
Analyse	Referenz	Einheit	029840	029840
Allgemeine Auftragsdaten				
Abnahmedatum			19.08.2019	14.08.2019
Abnahmezeit			11:30	12:00
Allgemeine Patientendaten				
Alter		Jahre	86.8	86.8
Klinische Chemie				
NT-proBNP	bis 125 Bei beschwerdefreie n Frauen über 75 Jahre ohne bekanntes Risiko für eine Herzerkrankung können NT- proBNP- Konzentrationen bis 740 pg/ml [87 pmol/l] gemessen werden.	pg/ml	*1,2) 1919 +	*1,2) 1583 +
Procalcitonin (PCT)	< 0.50	ng/ml	0.02	
Natrium (ISE)	133-146	mmol/l	135	137
Kalium (ISE)	3.5-5.5	mmol/l	3.5 -	3.9
Calcium	2.10-2.60	mmol/l	2.01 -	2.02 -
Chlorid	98-109	mmol/l		97 -
Eisen	37-145	µg/dl		50
Ferritin	13.0-150	µg/l		145
Transferrin	2.00-3.60	g/l		1.20 -
Transferrinsättigung	16.0-45.0	%		29.5
Folsäure	3.9-26.8 Bitte beachten Sie die aktualisierten Referenzbereich e.	ng/ml		*3) 6.1
CK (nach IFCC)	bis 167	U/l		35
GPT (ALT)	bis 35	U/l	11	9
GOT (AST)	bis 35	U/l	15	21
Gamma-GT	bis 42	U/l	42	46 +
Alk. Phosphatase (AP)	35-104	U/l	118 +	148 +
LDH	bis 214	U/l		228 +
Alpha-Amylase	28-100	U/l		37
Lipase	bis 60	U/l		5 -

Bilirubin, gesamt	bis 1.1	mg/dl		0.2
Creatinin (enzymatisch)	bis 1.0	mg/dl	0.4	0.4
GFR (CKD-EPI)		ml/min/1.73 m ² KOF	*4) 97	*4) 94
Harnstoff	10-50	mg/dl	20	16
Harnsäure	2.4-5.7 Bitte beachten Sie die aktualisierten Referenzbereich e.	mg/dl	*6) 1.6 -	*5) 2.2 -
Eiweiß, gesamt	64-83	g/l		55 -
CRP (C-reaktives Protein)	< 5.0	mg/l	8.1 +	34.5 +
Triglyceride	bis 150	mg/dl		*6) 125
Cholesterin, gesamt	bis 200 (Zielwert)	mg/dl		*7) 114
HDL-Cholesterin	ab 45 Hinweis auf erhöhtes Risiko: < 45 mg/dl (< 1.17 mmol/l)	mg/dl		*8,9) 37 -
LDL-Cholesterin	bis 115	mg/dl		*10) 40
HbA1c (NGSP)	bis 5.7 Graubereich: 5.7 - 6.4 % Diabetes: >= 6.5 % gemäß der DDG	%		*11) 6.1 +
HbA1c (IFCC) (EB)	bis 39 Graubereich: 39 - 46 mmol/mol Diabetes: >= 47 mmol/mol gemäß der DDG	mmol/mol		*12) 43 +
Glucose (S)	60-100 Graubereich: 100 bis 125 mg/dl	mg/dl		*13,14) 123 +
Vitamin B 1 (HPLC) (EB)	28.0-85.0	µg/l		51.0
Vitamin B12, aktiv (Holotranscobalamin)	35-108 Graubereich: 35 - 50 pmol/l	pmol/l		*15,16) -
Vitamin B 6 (Pyridoxalphosphat)	5.0-30.0 Bitte beachten Sie die aktualisierten Referenzbereich e.	µg/l		*17) 1.8 -
Knochenstoffwechsel				
Vitamin D 25 (25-Hydroxy- Cholecalciferol)	20.0-70.0	ng/ml		*18) <4.0 -
Hämatologie				
Blutbild, kleines (EB)				
Leukozyten	3.7-10.1	/nl	6.0	6.6
Erythrozyten	3.8-5.0	/pl	3.3 -	3.6 -
Hämoglobin	11.6-15.1	g/dl	10.5 -	11.1 -
Hämatokrit	0.34-0.44	l/l	0.31 -	0.33 -

MCV	81-99	fL	93	93
MCH	27-34	pg	32	31
MCHC	32-36	g/dl	34	34
Thrombozyten	150-361	/nl	350	352
Gerinnungsdiagnostik				
INR	1.00-1.10 Indikationsabhängig therap. Bereich: 2.0 - 4.0	Ratio	*19) 1.00	*19) 1.00
Quick (Thromboplastinzeit) (TPZ)	80-100	%	100	100
aPTT (partielle Thromboplastinzeit) (GP)	21-31	s	*20) 21	*20) 20 -
Endokrinologie				
TSH basal	0.30-4.20 Graubereich: 2.5 - 4.2 µU/ml	µU/ml		*21) 1.38
LDT				
De Ritis-Quotient Quotientenbildung		kA		2.34

- 1) bis 125
Bei beschwerdefreien Frauen über 75 Jahre ohne bekanntes Risiko für eine Herzerkrankung können NT-proBNP-Konzentrationen bis 740 pg/ml [87 pmol/l] gemessen werden.
- 2) Hinweis auf Herzinsuffizienz (z.B. linksventrikuläre Dysfunktion).
Ggf. ist eine weitergehende Abklärung (z. B. mittels Echokardiographie) ratsam. Verlaufskontrollen können zur Vermeidung einer Dekompensation hilfreich sein.
Erfolgreiche therapeutische Interventionen gehen i.d.R. mit einem Absinken des NT-pro BNP-Spiegels einher.
Erhöhte Werte können auch bei eingeschränkter Nierenfunktion auftreten.
- 3) 3.9-26.8
Bitte beachten Sie die aktualisierten Referenzbereiche.
- 4) Normale oder erhöhte GFR
Diese Abschätzung der GFR gilt nicht für Patienten schwarz-afrikanischer Herkunft. Abweichende Berechnungsformeln auf Anfrage oder auf unserer Internetseite www.bioscientia.de.
- 5) 2.4-5.7
Bitte beachten Sie die aktualisierten Referenzbereiche.
- 6) (Zielwert)
wünschenswerter Bereich < 150 mg/dl [< 1.71 mmol/l]

- 7) bis 200
(Zielwert)
- 8) ab 45
Hinweis auf erhöhtes Risiko: < 45 mg/dl [$< 1.17 \text{ mmol/l}$]
- 9) (Zielwert)
Hinweis auf erhöhtes Risiko: < 45 mg/dl [$< 1.17 \text{ mmol/l}$]
- 10) (Zielwert)
Zielwert < 70 mg/dl [$< 1.8 \text{ mmol/l}$] bei sehr hohem Risiko, dokumentierte KHK oder Diabetes mellitus oder eGFR < 60 ml/min oder HeartScore > 10 % (www.heartscore.org)
Zielwert < 100 mg/dl [$< 2.5 \text{ mmol/l}$] bei hohem Risiko, prominente einzelne Risikofaktoren (z.B. familiäre Hypercholesterinämie, schwere Hypertonie) oder HeartScore > 5 % bis < 10 %
Zielwert < 115 mg/dl [$< 3.0 \text{ mmol/l}$] bei moderatem Risiko und niedrigen Risiko, HeartScore < 5 %
- 11) bis 5.7
Graubereich: 5.7 - 6.4 %
Diabetes: $\geq 6.5 \%$
gemäß der DDG
- 12) bis 39
Graubereich: 39 - 46 mmol/mol
Diabetes: $\geq 47 \text{ mmol/mol}$
gemäß der DDG
- 13) 60-100
Graubereich: 100 bis 125 mg/dl
- 14) Bitte beachten Sie, dass bei der Bestimmung von Glucose falsch niedrige Meßwerte erhoben werden können, wenn Vollblut (unzentrifugiertes Serum) eingesandt wird und nicht Serum oder stabilisiertes Blut (NaF/Citrat-Glucoexakt-Röhrchen).
- 15) 35-108
Graubereich: 35 - 50 pmol/l
- 16) 16
Hinweis auf Vitamin B12-Mangel. Für eine ausreichende Vitamin B12-Versorgung sollte ein Holotranscobalamin-Wert von > 50 pmol/l angestrebt werden. Ggf. auch Folsäuremangel abklären.
- 17) 5.0-30.0
Bitte beachten Sie die aktualisierten Referenzbereiche.

- 18) Schwerer Vitamin-D-Mangel (führt zu Rachitis oder Osteomalazie).
Im Hinblick auf eine ausreichende Vitamin D-Versorgung ist ein 25-Hydroxy-Vitamin-D-Spiegel von 30 & 70 ng/ml [75 - 175 nmol/l] anzustreben (NEJM 2007, 357: 266 - 281).
Bei Dialysepatienten Zielwert >30 ng/ml (K/DOQI-Leitlinien).
Eine schnelle Aufsättigung des 25-OH-Vitamin-Spiegels kann bei Bedarf, falls keine Hypercalcämie vorliegt, mit Dekristol®-Kapseln (20000 IE) entsprechend der Packungsbeilage erfolgen. Eine ausreichende alimentäre Versorgung zur Prävention der Osteoporose bei Erwachsenen beinhaltet 1000 mg Calcium und insbesondere in den Monaten November bis April 800 - 1000 IE 25-Hydroxy-Vitamin-D pro Tag (DVO-Leitlinie 2017).
- 19) 1.00-1.10
Indikationsabhängig therap. Bereich: 2.0 - 4.0
- 20) Die Bestimmung der PTT sollte aus präanalytischen Gründen innerhalb eines Zeitraums von 4 Stunden nach Entnahme abgeschlossen sein.
Insbesondere bei auffälligen und unplausiblen Ergebnissen empfiehlt sich eine Kontrolle aus gefrorenem Citratplasma.
- 21) 0.30-4.20
Graubereich: 2.5 - 4.2 µU/ml
- Hinweis: Eventuelle Befundkommentare sind nicht im Export enthalten.