

NATIONALES REFERENZZENTRUM FÜR MENINGOKOKKEN UND HAEMOPHILUS INFLUENZAE



Institut für Hygiene und Mikrobiologie · Josef-Schneider-Straße 2, E1 · 97080 Würzburg

Institut für Hygiene und Mikrobiologie
Universität Würzburg

Josef-Schneider-Straße 2, Bau E1
97080 Würzburg

Wichtige Informationen zur Meningokokkenserologie

NRZMHi
Telefon: 0931/ 31-46006 (Labor/Befunde)
Telefax: 0931/ 31-87281
nrzm@hygiene.uni-wuerzburg.de

Sehr geehrte Einsender,

ohne Impfung und vorliegenden Immundefekt ist die Untersuchung auf Meningokokkenantikörper nicht sinnvoll. Aus diesem Grund wird die serologische Untersuchung bei fehlenden **Angaben zur Impfung** nicht durchgeführt.

Die Überprüfung des Impftiters gegen Meningokokken der **Serogruppe A** wird mittlerweile am NRZMHi nur noch auf spezielle Anfrage durchgeführt, da Meningokokken A-Infektionen in Deutschland keine Rolle spielen und in Afrika durch Impfkampagnen zurückgedrängt werden konnten.

Bei **Patienten unter Eculizumab-Therapie** kann wegen Wechselwirkungen des Antikörpers mit dem im Test verwendeten humanen Komplement derzeit keine Impftiterbestimmung nach Impfung mit proteinbasierten Serogruppe B-Impfstoffen durchgeführt werden.

Antimikrobielle Substanzen stören die Untersuchung. Deshalb sollte das Serum mindestens 10 Tage nach der letzten Antibiotikagabe abgenommen werden. Gegen β -Laktam-Antibiotika kann eine β -Laktamase im Test eingesetzt werden.

Da es sich um eine kostenpflichtige Untersuchung handelt, ist die Angabe der **Rechnungsadresse** notwendig.

Bitte beachten Sie außerdem, dass das Institut keine KV-Zulassung besitzt und daher eine **Privatrechnung** ausgestellt wird.

Zu erwartende **Kosten**:

	1 Serogruppe	2 Serogruppen	3 Serogruppen	4 Serogruppen	5 Serogruppen
Selbstzahler, 1-facher Satz GOÄ	68,19 €	97,92 €	127,65 €	157,38 €	187,11 €
Privatpatienten, 1,15-facher Satz GOÄ	78,43 €	112,62 €	146,81 €	181,00 €	215,19 €

Diese Untersuchung nimmt je nach Untersuchungsumfang (Anzahl der Serogruppen) eine **Bearbeitungszeit** von bis zu 5 Wochen in Anspruch.

gez. PD Dr. H. Claus

Einsender / Stempel

Institut für Hygiene und Mikrobiologie
Laborbereich NRZMHi
Universität Würzburg
Josef-Schneider-Straße 2 / E1
D-97080 Würzburg

Telefon (0931) 31-46006 · Telefax (0931) 31-87281
nrzm@hygiene.uni-wuerzburg.de

Von IHM auszufüllen:

SWISSLab Nr.:	
SBA Nr.:	
Eingangsdatum:	

Begleitschein für *Meningokokkenserologie* nach Impfung von Risikopatienten

Die Untersuchung wird NUR bei Vorliegen eines vollständig ausgefüllten Begleitscheins durchgeführt.
(Bitte beachten: Das Institut hat keine kassenärztliche Zulassung!)*

Allgemeine Daten:

Datum Materialentnahme		
Ihre Einsendung	<input type="checkbox"/> Serum	<input type="checkbox"/> andere:
Ihre Labornummer		
Handelt es sich um Präimmunserum?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Indikation: *Meningokokkenimpfung und Immundefekt*

Impfstoff	<input type="checkbox"/> Menveo®	<input type="checkbox"/> Nimenrix®	<input type="checkbox"/> MenQuadfi®	<input type="checkbox"/> Bexsero®	
	<input type="checkbox"/> NeisVac-C®	<input type="checkbox"/> Menjugate® Kit	<input type="checkbox"/> Trumenba®	<input type="checkbox"/> anderer:	
Impfdatum					
Untersuchungsauftrag (Serogruppe gemäß Impfung)	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> W	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> A NUR auf spezielle Anfrage
Art des Immundefekts	<input type="checkbox"/> Asplenie	<input type="checkbox"/> Komplementdefekt	<input type="checkbox"/> anderer:		
	<input type="checkbox"/> Therapie mit Eculizumab	Unter Eculizumab-Therapie ist keine Titerbestimmung für Serogruppe B möglich.			
Wurden in den letzten 4 Wochen Antibiotika verabreicht?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja. Welche(s)?	Datum der letzten Gabe:		

Patientendaten:

Vor- und Nachname				
Geburtsdatum				
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich		
Wohnort PLZ / Ort				

Rechnungsadresse (kostenpflichtige Untersuchung, das Institut hat keine kassenärztliche Zulassung, 1 bis 1,15 - facher Gebührensatz nach GOÄ)*

Institut / Name				
Abteilung				
Straße				
PLZ / Ort				

Anmerkung(en):

*** Mit der Unterschrift wird bestätigt, dass gegebenenfalls der Patient über die Kosten der Untersuchung aufgeklärt wurde.**

Datum, Name bitte in DRUCKBUCHSTABEN Unterschrift

Telefon-/Fax-Nummer für Rückfragen