

## Zytologie BAL (Bronchioloalveoläre Lavage)

<p>Name, Vorname, Ledigensname (Bitte Angaben <b>in Blockschrift</b> ausfüllen oder <b>besser Barcode</b> aufkleben)</p>   <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: flex-start;"> <div style="text-align: center;"> <p>Geburtsdatum</p> <p>T T M M J J</p> <table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30px; height: 40px;"></td> <td style="width: 30px; height: 40px;"></td> <td style="width: 30px; height: 40px;"></td> <td style="width: 30px; height: 40px;"></td> <td style="width: 30px; height: 40px;"></td> <td style="width: 30px; height: 40px;"></td> </tr> </table> </div> <div style="text-align: center;"> <p>Geschlecht</p> <p>M W</p> <table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30px; height: 40px;"></td> <td style="width: 30px; height: 40px;"></td> </tr> </table> </div> </div>									<p>Bitte freilassen</p>
<p>Adresse (Strasse, Hausnummer, PLZ, Ort)</p>    									

<b>Rechnung an:</b> <input type="checkbox"/> Versicherung <input type="checkbox"/> IV/SUVA <input type="checkbox"/> Auftraggeber (amb./stat. Pauschale) <input type="checkbox"/> Pat. ist Selbstzahler (zum Spitaltarif)	<b>Versicherungsdetails:</b> <input type="checkbox"/> Vorsorge <input type="checkbox"/> Schwangerschaft KK/Vers.: _____ Police-Nr.: _____	<input type="checkbox"/> Auftrag für <b>Schnellbefundung</b> Bitte vorgängig anmelden Telefon +41 71 494 21 24
		Tel.: _____    Kontakt: _____ <input type="checkbox"/> Telefonische Befundmitteilung    Tel.: _____

**Kopie(n) an:**

**Bitte telefonische Anmeldung am Vortag 071 494 30 70**

<b>Klinische Angaben:</b>  <hr/> <hr/>	<b>Bisherige Therapien:</b> <input type="checkbox"/> Chemotherapie <input type="checkbox"/> Strahlentherapie <input type="checkbox"/> Andere:
<b>Fragestellung:</b>	<b>Vorbefunde:</b> <input type="checkbox"/> Pathologie KSSG <input type="checkbox"/> Extern (Kopie beilegen)

☐ Gesamtzellzahl und Differenzialzellbild **NICHT** gewünscht

Anamnese		Körperliche Untersuchung		Labor		Diagnostik		Therapie		Fazit	
<b>Spezifische klinische und technische Angaben:</b> <input type="checkbox"/> Nichtraucher <input type="checkbox"/> Raucher ____ pack/years <input type="checkbox"/> Immunsuppression Grund: _____ <input type="checkbox"/> HIV-Infekt <input type="checkbox"/> Technisch einwandfreie Lavage <input type="checkbox"/> Technisch schwierige Lavage Grund: _____ Instillierte Flüssigkeit        ____ ml Flüssigkeitsrückgewinn        ____ ml Abgegebene Flüssigkeit an:    Mikrobiologie    ____ ml Andere:                ____ ml						<b>Klinische Verdachtsdiagnose:</b> <input type="checkbox"/> Sarkoidose <input type="checkbox"/> Hypersensitivitätspneumonitis <input type="checkbox"/> Lungenfibrose / Pneumokoniose <input type="checkbox"/> Malignom <input type="checkbox"/> Langerhanszell-Histiozytose <input type="checkbox"/> Opportunistische Infektion <input type="checkbox"/> Andere: _____					

**Datum der Entnahme:**

**Stempel, Name und Telefon-Nr.**  
Einsenderin/Einsender

**Zytomorphologischer Befund:**

	o	(+)	+	++	+++		o	(+)	+	++	+++
Schleim						Plattenepithelien					
Pilze:						Schleimbildende Zylinderzellen					
Pneumocystis jirovecii						Flimmerepithelien					
Virusinklusionen						Ziliozytophthorie					
Erythrozyten						Plattenepithelmetaplasie					
Neutrophile Granulozyten											
Eosinophile Granulozyten											
Charcot-Leyden Kristalle						Maligne Zellen					
Lymphozyten						Nekrose					
Plasmazellen						Mitosen					
Histiozyten / Makrophagen											
Ferruginous bodies (Asbest / n. Asbest)						Varia					
Hämosiderin											
Kristalle, Metallstaub											