

Tipps zur Hautstanzbiopsie bei Verdacht auf Small-Fiber-Neuropathie

Hautstanzbiopsie kann von jedem Hautarzt vorgenommen werden

Überweisung vom Neurologen oder Hausarzt empfohlen: Hautstanzbiopsie, v.A. Small-Fiber-Neuropathie

Arzt kann Biopsie-Kit in Uniklinik RWTH Aachen, Institut für Neuropathologie bestellen. Siehe „Empfehlungen zur Durchführung und Fixierung von Hautbiopsien...“

Biopsat sofort versenden. Empfehlung wenn man es selbst macht: DHL Express. Z.B. Aufgabe in Filiale nachmittags, Lieferung bis 12:00 nächsten Werktages im Labor in Aachen.

Begutachtungsauftrag (vom Arzt ausgefüllt) unbedingt beilegen.

Biopsie am besten Montag bis Mittwoch vormittags veranlassen, damit Biopsat spätestens Donnerstag im Labor ankommt.

Empfehlungen zur Durchführung und Fixierung von Hautbiopsien zur Analyse der Hautnervenfasern in der Diagnostik der *small fiber*-Neuropathie bzw. peripherer Neuropathien

Biopsieart:	3-mm Stanzbiopsie unter sterilen Bedingungen (Einmal-Biopsiestanze) Biopsat enthält Epidermis und oberflächliches Corium mit Hautanhangsgebilden Wundheilung innerhalb von 7 - 10 Tagen zu erwarten
Biopsieort(e):	Distaler lateraler Unterschenkel, ca. 10 cm proximal des Malleolus lateralis; ggf. zusätzlich proximaler lateraler Oberschenkel, ca. 20 cm distal der Spina iliaca anterior Bitte für jede Biopsie ein mit allen relevanten Patientendaten beschriftetes, separates Röhrchen verwenden und Lokalisation angeben!
Lokalanästhesie:	Z. B. Lidocain, Mepivacain (kein Chloräthylspray!)
Gewebefixierung:	Fixierung in gekühlter (4° C) Zamboni-Lösung Zamboni-Lösung kann bei uns kostenlos per Fax oder Email (unter Angabe der Adresse) angefordert werden.
Gewebeversand:	Umgehend per Post in Zamboni-Lösung in bruchsicherer Verpackung direkt nach Entnahme bzw. Fixierung. Ein Kühlversand ist nicht erforderlich. Bitte mit jeder Einsendung unseren Begutachtungsauftrag mitschicken.

Begutachtungsauftrag		Eingangsdatum	Auftragsnummer
Einsender: Name: _____ Tel.: _____ Adresse: _____ PLZ/Ort: _____ Unterschrift: _____		Patient: (Druckschrift oder Aufkleber) Name: _____ Vorname: _____ Straße: _____ PLZ/Ort: _____ Krankenkasse: _____	
Auftraggeber: <input type="checkbox"/> Bitte Bericht per Fax an Nr.:		<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w Geb.-Datum _____._____._____ Status <input type="checkbox"/> Stationär <input type="checkbox"/> Ambulant Versicherung <input type="checkbox"/> GKV <input type="checkbox"/> Privat/Selbstzahler Rechnung an <input type="checkbox"/> Einsender <input type="checkbox"/> Auftraggeber <input type="checkbox"/> Patient	
Entnahmedatum:	<input type="checkbox"/> Schnellschnitt Tel.:	<input type="checkbox"/> Nativmaterial <input type="checkbox"/> <u>Kein</u> Schnellschnitt	<input type="checkbox"/> Fixiertes Material
Frühere Untersuchungen (Institut, Nr. und Jahr):			
Klinische Diagnose: Fragestellung:		Bisherige Therapien <input type="checkbox"/> Medikamente <input type="checkbox"/> Bestrahlung <input type="checkbox"/> Zytostatika	
Erkrankungsbeginn:	Klinische Besonderheiten:		
Material (Art, Entnahmestelle; falls Platz unzureichend, ggf. Rückseite verwenden)			Skizze:
1)			
2)			
3)			
4)			
5)			
Telefon: Von: An: Datum:	Mitteilung/Diagnose:		