



Protokoll-Nr.:

Eingang:

Ausgang:

Patient	Geschlecht / sexe: <input type="checkbox"/> m/m <input type="checkbox"/> w/f
Name / nom:
Adresse:
Beruf / profession:
Geburtsdatum / date de naissance:
Tel:

Auftraggeber / commettant	
.	
.	
.	
.	
Tel:	FAX:

UNTERSUCHUNGSANTRAG Tollwutantikörper für humanes Serum
DEMANDE D'ANALYSE Anticorps antirabiques pour sérum humain

Material / matériel: 5-10 ml Nativblut / sang natif oder / ou 1-2 ml Serum

Bitte beachten: Grund der Titerkontrolle (**präexpositionelle / postexpositionelle Impfung**), Name und Telefonnummer des behandelnden Arztes unbedingt angeben! **Attention:** N'oubliez pas d'indiquer la cause du contrôle du titre (**vaccination préexpositionnelle / postexpositionnelle**), le nom et le téléphone du médecin traitant!

Präexpositionelle Impfung / vaccination préexpositionnelle¹

- Erst-Impfung / première vaccination
Schema / Datum / date:
- Rappel / booster
Datum / date:

Total Anzahl Impfungen / nombre total de vaccinations:

Postexpositionelle Impfung (nach Kontakt) / vaccination postexpositionnelle (après contact)¹

- Schema: Tag / jour 0, 3, 7, 14, (30) (Serologie Tag/jour 21)
 andere / autres:
- nach präexp. Impfung / après vacc. préexp.
Datum / date :
- Datum der 1. Injektion / date de la 1ère injection:

Tollwut Immunglobuline / immunoglobulines Ja / oui
antirabiques: Nein / non

¹ Grund für Impfung / cause de la vaccination:

- Bisswunde durch (Tier/Land) / morsure par (animal/pays):
- Kratzverletzung durch (Tier/L.) / griffure par (animal/p.):
- andere / autres:

Verwendeter Impfstoff / vaccin utilisé:

Datum der Blutentnahme / date de la prise de sang:

Rechnung an / facturation: Auftraggeber / commettant Arzt / médecin Patient / patient

Name und Tel. des Arztes / nom et tél. du médecin:

Methode / méthode: Serum-Neutralisationstest / teste de séro-neutralisation (RFFIT)