**Dieses Blatt beim Ablegen in den Ordner abreissen und shreddern.**

Name: {{vorname}} {{name}}

Geburtsdatum: {{birthdate}}

Termin: {{termin}} um {{time}} Uhr

RedCap Fragebogen Code: {{fragebogenCode}}

{{group}}

Blutentnahme Gruppe:

Checkliste Baseline Visit - Random Sample (T2 2022)

**RedCap Record ID: {{ID}}**  **{{sex}}**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Aufgabe** | **Datum** | **Visum** |
| **Vorbereitung Administration** | | |
| Visite-2 Fragebogen in REDCap komplett? C:\Users\admin\Desktop\checkbox.png Ja C:\Users\admin\Desktop\checkbox.png Nein  Code: {{fragebogenCode}} | {{termin}} |  |
| **Studienempfang im ZRM** | | |
| Akute SARS-CoV-2 Symptome? C:\Users\admin\Desktop\checkbox.png Ja (Kein Zutritt) C:\Users\admin\Desktop\checkbox.png Nein  Fieber, Husten, Halsschmerzen, Heiserkeit, Muskelschmerzen, gestörter Geruchs- und Geschmackssinn | {{termin}} |  |
| Visite-2 Fragebogen (**muss vor Blutentnahme ausgefüllt werden**):  C:\Users\admin\Desktop\checkbox.png Bereits zuhause online ausgefüllt  C:\Users\admin\Desktop\checkbox.png Vor Ort ausgefüllt | {{termin}} |  |
| Erster Follow-Up Fragebogen vom Mai ausgefüllt?  C:\Users\admin\Desktop\checkbox.png Ja  Nein (1. Freundlich nachfragen wieso nicht (spam-ordner, nichts erhalten, etc.)  2. Bitten, den nächsten Fragebogen im Juli auszufüllen.  3. Mai-Fragebogen nicht nachträglich ausfüllen. | {{termin}} |  |
| Informiert über mögliche Kontaktaufnahme betreffend dritter Blutentnahme abhängig vom Pandemiegeschehen | {{termin}} |  |
| **Kasse** | | |
| Auszahlung Reisekostenentschädigung C:\Users\admin\Desktop\checkbox.png Ja C:\Users\admin\Desktop\checkbox.png Nein | {{termin}} |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Testcenter / Behandlungszimmer** | | |
| {{group}}  Blutentnahme Gruppe:  Bemerkung: | {{termin}} |  |
| Laborformular ausgefüllt | {{termin}} |  |
| Probe beschriftet/verpackt/versendet | {{termin}} |  |
| **Admin** | | |
| Checklist in RedCap aktualisiert, Papier Checkliste abgelegt |  |  |

{{header}}

**Adresse Auftraggeber**

Universität Zürich

Zentrum für Reisemedizin und Übertragbare Krankheiten

Hirschengraben 84

CH-8001 Zürich

**Kontaktperson:**

Fr. Manuela Rasi, Tel. direkt: 044 634 46 55

**Patienten-Identifikation**

{{label\_ID}}

Geburtsdatum: {{birthdate}} Geschlecht: {{sex}}

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **DATUM Materialentnahme:** | | | | | | | | | | **Untersuchungsmaterial:** |
|  | {{termin}} | | | | | | | | |  | **{{tubes}}** |
|  | **UHRZEIT Materialentnahme:** | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
|  |  | | | | | | | | | |

Bemerkungen:

|  |  |
| --- | --- |
| ***Processing*** |  |
| □ Extraktion & Aliquotierung – {{n\_serum}} Serum (8.5ml)  5 Aliquots EBPI (stored in seperate box)  1 Aliquot CHUV | Total aliquots: 6 |
| {{PBMC}} | |
| {{heparin}} |  |