



ANFORDERUNG EINER LABORDIAGNOSTISCHEN UNTERSUCHUNG

ALL-BFM-Referenzlabor
Univ.-Klinikum Schleswig-Holstein, Campus Kiel
Prof. Dr. M. Schrappe
Haus U18
Rosalind-Franklin-Str.9
D-24105 Kiel

Einsendende Klinik: (Stempel)

Hier Patientenetikett aufkleben mit Versicherungsdaten
(Kontaktdaten des Patienten müssen ersichtlich sein)

Klinische Angaben, (Verdachts-) Diagnose:

Blutbild	bei KMP	bei Blutentnahme (falls von KMP-Zeitpunkt abweichend)	bei LP (falls von KMP-Zeitpunkt abweichend)
Datum (TT.MM.JJJJ)	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _
Leukozyten <input type="checkbox"/> / μ l <input type="checkbox"/> Gpt/l			
Hb <input type="checkbox"/> g/dl <input type="checkbox"/> mmol/l			
Erythrozyten <input type="checkbox"/> / μ l <input type="checkbox"/> Tpt/l			
Thrombozyten <input type="checkbox"/> / μ l <input type="checkbox"/> Gpt/l			

Materialart	Entnahmedatum (TT.MM.JJJJ)	Uhrzeit (optional, SS:MM)	Anzahl Ausstriche/Zytospins	Flüssigmaterial für MRD
Knochenmark	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _ (6x nativ, ungefärbt)	<input type="checkbox"/> Heparin (min. 5-10 ml)
Peripheres Blut (nur Initial + Tag 8)	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _ (6x nativ, ungefärbt)	<input type="checkbox"/> (Nur Initial!) Heparin (min. 5-10 ml)
Liquor	_ _ _ _ _ _ _ Kopie des Liquorstatus beilegen!	_ _ _ _	_ _ _ _ (2x nativ, ungefärbt) Liquor makroskop. mit Blut kontaminiert: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> (nur bei V.a. Rezidiv) Nativ (min. 2-3 ml)

Empfohlene Untersuchungszeitpunkte (Farbcode zeigt das empfohlene Untersuchungsmaterial am Therapiezeitpunkt):

Initial bis Tag 33	non-HR (SR / MR)	HR	VHR
<input type="checkbox"/> Diagnose (Tag 0)	<input type="checkbox"/> TP2 (d78/92)	<input type="checkbox"/> TP2 (d78/92)	<input type="checkbox"/> TP Myo/F (nach Myocet-FLA)
<input type="checkbox"/> Tag 8 (nur PB-Ausstriche)	<input type="checkbox"/> vor Prot II (TP3)	<input type="checkbox"/> vor 1. HR-Block (nur falls Start mit Prot M und dann HR)	<input type="checkbox"/> vor SZT
<input type="checkbox"/> Tag 15	<input type="checkbox"/> anderer Zeitpunkt: _____	<input type="checkbox"/> TP HR1 (nach 1. HR-Block)	<input type="checkbox"/> Tag + _____ nach SZT
<input type="checkbox"/> TP1 (Tag 33)		<input type="checkbox"/> TP HR2 (nach 2. HR-Block)	<input type="checkbox"/> nach anderem Therapieelement: _____
<input type="checkbox"/> anderer Zeitpunkt: _____		<input type="checkbox"/> TP HR3 (nach 3. HR-Block)	
Blinatumomab		<input type="checkbox"/> vor 2. Prot. III	Weiteres
<input type="checkbox"/> Blina1 d15		<input type="checkbox"/> vor 3. Prot. III	<input type="checkbox"/> anderer Zeitpunkt: _____
<input type="checkbox"/> Blina1 d29		<input type="checkbox"/> anderer Zeitpunkt: _____	
<input type="checkbox"/> Blina2 d29			

Datum:	Name des Einsenders/Tel.:	Unterschrift:

!! Bitte das Material per Express mit Zustellung bis 10 Uhr des Folgetages verschicken !!