

**ALL-BFM Studien / Register
Untersuchungsauftrag
Durchflusszytometrie**

Hämatologie Labor Kiel
Klinik für Innere Medizin II
UKSH, Campus Kiel
Langer Segen 8-10
24105 Kiel

Direktorin der Klinik für Innere Medizin II
Prof. Dr. C. Baldus
Sektionsleitung
Prof. Dr. M. Brüggemann

Hämatologie Labor Kiel
UKSH, Campus Kiel
Langer Segen 8-10
24105 Kiel

Sekretariat 0431-500-24970
Durchflusszytometrie -24965
Fax -24988

Labor Öffnungszeiten: Mo-Do 07:00 - 19:00
Fr 07:00 - 17:30
Sa 12:00 - 16:00
So keine Probenverarbeitung

Versand

- 24h EXPRESS mit Zustellung vor 12:00 -
Bei Versand am Freitag unbedingt
Samstagszustellung ankreuzen

Patientendaten (Aufkleber)

Name, Vorname.....
Geburtsdatum..... Geschlecht M W
Strasse.....
PLZ, Stadt.....

Krankenhaus/Klinik/Studienzentrum (Stempel)

Diagnose / V.a.

- (V.a.) T-Linien ALL Subtyp:
 (V.a.) B-Linien ALL Subtyp:
 V.a. ALL ohne weitere Typisierung

Falls bekannt, bitte klinische und/oder morphologische
Verdachtsdiagnose angeben.

Behandelnder Arzt

Unterschrift

[BITTE DRUCKSCHRIFT]

Telefon:

Fax*:

* Wenn Befundübermittlung vorab per Fax gewünscht.
Das Fax-Gerät muss vor Fremdzugriff geschützt sein.

Abnahmezeitpunkt

Datum und Uhrzeit

- Erstdiagnose - -
 Tag 15 : Uhr
 Tag 33*
 Tag 78*
 (V.a.) Rezidiv
 anderer Zeitpunkt*

* Einsendung an zusätzlichen Zeitpunkten bitte nach Rücksprache mit
der Studienzentrale und unter „Sonstige Angaben“ begründen.

Untersuchungsmaterial laut Protokoll

- Knochenmark-Aspirat** (Heparin, mind. 2 ml)

Anderes Untersuchungsmaterial:

.....

.....

Bitte verwendetes Antikoagulans angeben.

Blutbild (falls verfügbar)

Leukozyten (/µl)
Thrombozyten (/µl)
Blasten (%)
Lymphozyten (%)
Granulozyten (%)
HB (g/dl)

Organvergrößerung:

Sonstige Angaben: