

GMALL: Untersuchungsauftrag Kiel

Direktorin der Klinik für Innere Medizin II:
Prof. Dr. med. Claudia Baldus
Sektionsleitung:
Prof. Dr. med. Monika Brüggemann

HLK@UKSH.de
Tel: +49431 500 24970
Fax: +49431 500 24988
www.UKSH.de/med2-kiel

Patientendaten

Nachname _____
Vorname _____
Geburtsdatum _____ Geschlecht m w d
Adresse: _____

Probenentnahme

Uhrzeit: _____ Datum: _____

Diagnose

- B-Linien-ALL** Subtyp _____ B-LBL
 T-Linien-ALL Subtyp _____ T-LBL
 Burkitt-Lymphom Burkitt-Leukämie

Probenmaterial

- Knochenmark** ED/Rezidiv (EDTA, 10 ml)
Verlauf (EDTA, 5-10 ml)
 Peripheres Blut (EDTA, >10 ml)
 Liquor (nativ)
 Beckenkamm-Trepanat (trocken, ø Additiva, ø Formalin)
 Biopsie-Material (trocken, ø Additiva, ø Formalin)
 Erguss-Material (EDTA, 10 ml)
 Ascites Pleura Perikard
 Sonstiges: _____

Status zum Zeitpunkt der Materialentnahme

- Primärdiagnostisches Material** (bitte Blastenanteil angeben)
- Blastenanteil (%) im Blut: _____
- Blastenanteil (%) im KM: _____
 Verlaufsmaterial
- bitte Therapiezeitpunkt auf der rechten Seite spezifizieren
 Rezidivdiagnostisches Material
 Verdacht auf Rezidiv Lokalisation: _____
 gesichertes Rezidiv Lokalisation: _____

Studie / Therapiekonzept

- GMALL-Register GMALL-EVOLVE
 GMALL-Studie 08/2013 GMALL-BLIVEN
 GMALL-Initial Andere: _____
 GMALL-Bold
 GMALL-MOLACT1-BLINA
 GMALL B-ALL / NHL 2002
 Therapieempfehlung für unter 55-Jährige
 Therapieempfehlung für über 55-Jährige

Hiermit beauftrage ich die Untersuchung

durch das Labor bzw. von diesem beauftragte Kooperationspartner.
Der Patient ist mit der Digitalisierung der Patientenakte durch ein
zertifiziertes Dienstleistungsunternehmen sowie mit der
Archivierung einverstanden.

Einsender (Stempel)

TEL _____ FAX _____
Befundübermittlung vorab per FAX gewünscht?
(FAX-Gerät muss vor Fremdzugriff geschützt sein) Ja Nein

Abrechnung

- GKV** ambulant (Ü-Schein, Muster 10*) ambulant
 ambulant (§116b) stationär
 stationär/Rechnung an Klinik KVB/Post B/Beihilfe/BW

* Eine Abrechnung über die KV ist nur in Verbindung mit einem vollständig ausgefüllten Laborschein 10 mit Angabe von Diagnose/Indikation ICD10 sowie gewünschter Untersuchung / Ausnahmeziffer möglich. Der Ü-Schein muss von einer Hochschul-Ambulanz oder Arzt / Ärztin mit Ermächtigung und Endung der LANR mit 22,27,48 oder 56 ausgestellt und unterschrieben sein.

Anforderung

Erst- / Rezidiv-Diagnose

- IG/TR-Markersuche und MRD-Assay-Etablierung
 Molekulare ALL-Komplex-Diagnostik
- Gesamt-Transkriptom-Sequenzierung (RNA-Seq) und
- Panel-Sequenzierung (EuroClonality / NDC-Panel)
 Zytomorphologie
je 8 luftgetrocknete, unfixierte, ungefärbte KM-Ausstriche
Leukozyten: ____ /µl Hb: ____ g/dl Thrombozyten: ____ 10³/µl

MRD-Verlaufsdiagnostik

- Molekulare MRD: IG/TR
 Durchflusszytometrische MRD (Transport <48h)

Therapiezeitpunkt

- nach Induktion I **Burkitt**
 nach Induktion II nach Block B1/B1*
 während Induktion nach Block A2/A2*
 vor Konsolidation I nach Block C2/C2*
 vor Konsolidation II anderer Zeitpunkt: _____
 vor Reinduktion
 vor Konsolidation III **CAR-T-Zell-Therapie**
 vor Konsolidation IV vor geplanter Therapie
 vor Konsolidation V nach CAR-T-Gabe
 vor Konsolidation VI am: _____
 Erhaltung Monat: _____ Produkt: _____
 Nachbeob. Monat: _____ **Blinatumomab-Therapie**
 vor allo-Tx vor Blinatumomab
 nach allo-Tx Monat: _____ nach Blinatumomab
 anderer Zeitpunkt: _____ Zyklus _____

Ort, Datum, Unterschrift (einsendender Arzt)

GMALL: Untersuchungsauftrag Kiel

Patientendaten

Nachname _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____ Geschlecht m w d

Adresse _____

Patienteneinwilligung

Hämatologie Labor Kiel (HLK)

Ich habe mich über die Forschungstätigkeit des HLK anhand des Informationsblattes des HLK zur Datenverarbeitung und der Verwendung von Biomaterial und weiterführender Hinweise auf www.uksh.de/haematologielabor-kiel informiert.

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass mein Blut, Knochenmark oder Tumormaterial auf biologische Veränderungen der möglicherweise für die Erkrankung verantwortlichen Gene untersucht wird, um dadurch eine genauere Diagnostik und bessere Beurteilung meiner Erkrankung zu ermöglichen. Überschüssiges Material wird nach Abschluss des Untersuchungsauftrags zum Zwecke der Nachprüfbarkeit der Ergebnisse und Qualitätssicherung sowie für spätere neue Diagnostikmöglichkeiten ggf. über die vorgeschriebene Frist von 10 Jahren aufbewahrt. Nicht verbrauchtes Probenmaterial kann für wissenschaftliche Zwecke gemäß dem vom HLK veröffentlichten Informationsblatt verwendet werden. Zur gesetzlich vorgeschriebenen Archivierung werden die probenbezogenen Dokumente durch ein Dienstleistungsunternehmen digitalisiert und mikroverfilmt.

Hiermit erteile ich zu diesen Punkten meine Einwilligung, Nichtzutreffendes bitte streichen.

Mit der Durchführung der von meinem Arzt empfohlenen Analysen bin ich einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in bzw. gesetzliche Vertretung

Name und Kontaktdaten der für die Datenverarbeitung verantwortlichen Person im Hämatologie Labor Kiel und des lokalen Datenschutzbeauftragten des UKSH entnehmen Sie bitte unserer Homepage: www.uksh.de/haematologielabor-kiel

Ihre Rechte:

Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung der Daten, auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu. Sie haben ferner das Recht, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt.

Anschrift der für uns zuständigen Aufsichtsbehörde:

Unabhängiges Landeszentrum für Datenschutz Schleswig-Holstein
Holstenstraße 98
24103 Kiel

Widerrufsbelehrung:

Sie können Ihre Einwilligung zur Analyse jederzeit ohne Angaben von Gründen ganz oder teilweise zurückziehen. Sie haben das Recht, Untersuchungsergebnisse nicht zu erfahren (Recht auf Nichtwissen), eingeleitete Untersuchungsverfahren bis zur Ergebnismitteilung jederzeit zu stoppen und ggf. löschen zu lassen. Bereits erfolgte Verarbeitungen Ihrer personenbezogenen Daten, die auf Basis einer wirksamen Einwilligung erfolgt sind, werden vom Widerruf nicht berührt.