

**Stempel** der einSENDENDEN Klinik

**Materialbegleitschein für die Diagnostik im Therapieverlauf**  
*ALL-REZ BFM Register*

**PatientIn**  
 Name: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geschlecht  W  M

**Diagnose**

1. Rezidiv     
  2. Rezidiv     
  \_\_\_\_ . Rezidiv

**Diagnostik von Verlaufskontrollen:**

Datum der Abnahme des Materials: \_\_\_\_\_  
 Therapiezeitpunkt: \_\_\_\_\_

- Zytologie/Morphologie**
- KM-Ausstriche rechts/links (≥3 ungefärbt)
  - Blut-Ausstriche (≥2 ungefärbt)
  - Liquor-Zytospins (≥2 ungefärbt)

**Blutbild**

Hb: \_\_\_\_\_ g/dl  
 Leukozyten: \_\_\_\_\_ /µl  
 Thrombozyten: \_\_\_\_\_ /µl  
 Granulozyten: \_\_\_\_\_ /µl

- MRD-PCR**
- KM rechts/links, 5 ml, EDTA
  - Eingefrorenes Liquor-Pellet
  - Eingefrorener Liquor-Überstand

- MRD-Flow**
- KM rechts/links, 5 ml, EDTA
  - Blut (vor/während Blinatumomab), 5 ml, EDTA
  - Liquor, 1 ml, nativ

**Immuntherapie / Antikörpergabe:**

nein

**ja, wann zuletzt:** \_\_\_\_\_  
**welche:** \_\_\_\_\_

Datum:	Name des Einsenders:	Unterschrift
<b>Telefon für Rückfragen:</b>	<b>Fax-Nr. für Befunde:</b>	