

Stempel der einSENDenden Klinik

**Materialbegleitschein für die Diagnostik beim Rezidiv einer ALL für das
ALL-REZ BFM Register und die IntReALL SR/HR Studien**

PatientIn
 Name: _____ Geburtsdatum: _____ Geschlecht W M

Diagnose
 Verdacht auf: 1. Rezidiv 2. Rezidiv ____ . Rezidiv

Diagnostik zum Zeitpunkt der Rezidivdiagnose:

Datum der Abnahme des Materials: _____

Zytologie/Morphologie Aktueller morphologischer Leukämieblasten-Anteil, wenn in Klinik bestimmt

<input type="checkbox"/> KM-Ausstriche rechts/links (≥3 ungefärbt)	_____ % / _____ %
<input type="checkbox"/> Blut-Ausstriche (≥2 ungefärbt)	_____ %
<input type="checkbox"/> Liquor-Zytospins (≥3 ungefärbt)	Zellzahl _____ /µl _____ %
<input type="checkbox"/> Tupfpräparate (ungefärbt)	_____ %

Gewebe: _____

MRD-Marker Etablierung

<input type="checkbox"/> 3 - 5ml KM rechts/links (EDTA)	
<input type="checkbox"/> Liquor Pellet	
<input type="checkbox"/> Liquor-Überstand	
<input type="checkbox"/> Gewebe: _____	<input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links

Blutbild
 Hb: _____ g/dl
 Leukozyten: _____ /µl
 Thrombozyten: _____ /µl
 Granulozyten: _____ /µl

Immunphänotypisierung

<input type="checkbox"/> KM rechts/links, 3 ml, EDTA	Immunphänotyp bei initialer Diagnose: <input type="checkbox"/> BCP-ALL <input type="checkbox"/> T-ALL Immuntherapie / Antikörpergabe: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wann: _____ welche: _____
<input type="checkbox"/> Liquor, 1 ml, nativ	

Molekulargenetik (RNASeq, Chromosomaler Mikroarray)

KM rechts/links, 3 ml, EDTA

Datum:	Name des Einsenders:	Unterschrift
Telefon für Rückfragen:		Fax-Nr. für Befunde: