

THERAPIESTUDIE AIEOP-BFM ALL 2009

– Begleitschein für Untersuchungsmaterial für Zytomorphologie, PCR-MRD und Zellbank –

AIEOP-BFM ALL-Studienlabor
Univ.-Klinikum Schleswig-Holstein, Campus Kiel
Klinik für Allgemeine Pädiatrie
Prof. Dr. M. Schrappe
Arnold-Heller-Str. 3, Haus 9
D-24105 Kiel

Einsendende Klinik: (Stempel)

Bitte hier aufkleben:

**Patientenetikett mit Namen,
Geburtsdatum, Krankenkasse,
Hauptversichertem,
Versicherungsnummer und -status**

(Alternativ bitte Laborüberweisungsschein für externe Untersuchungen mit den benötigten Angaben beilegen.
Die Versicherungsdaten werden nur bei der initialen
Einsendung (Diagnose) für die Abrechnung der
Referenzleistung über den Zentrumszuschlag benötigt.)

Klinische Angaben, (Verdachts-) Diagnose: _____

Blutbild	bei KMP	bei Blutentnahme (falls von KMP-Zeitpunkt abweichend)	bei LP (falls von KMP-Zeitpunkt abweichend)
Datum	____ ____ ____	____ ____ ____	____ ____ ____
Leukozyten <input type="checkbox"/> /µl <input type="checkbox"/> Gpt/l			
Hb <input type="checkbox"/> g/dl <input type="checkbox"/> mmol/l			
Erythrozyten <input type="checkbox"/> /µl <input type="checkbox"/> Tpt/l			
Thrombozyten <input type="checkbox"/> /µl <input type="checkbox"/> Gpt/l			

UNTERSUCHUNGSMATERIAL (je 6 Ausstriche, bitte ungefärbt und immer dem heparinisierten KM beilegen):

Bei Diagnose (Tag 0)	Entnahmedatum	Entnahmedatum
<input type="checkbox"/> Blut (__ Ausstriche)	____ ____ ____	
<input type="checkbox"/> KM (__ Ausstriche)	____ ____ ____	
<input type="checkbox"/> Heparinis. KM für MRD	____ ____ ____	<input type="checkbox"/> EDTA-KM für MRD ____ ____ ____
<input type="checkbox"/> Heparinis. Blut für MRD (obligat, falls KM initial nicht zu gewinnen)	____ ____ ____	<input type="checkbox"/> EDTA-Blut für MRD ____ ____ ____

<input type="checkbox"/> Liquor (__ Zytospinpräparate)	____ ____ ____	Liquorzellzahl: ____/µl Ery ____/µl Liquor makroskop. mit Blut kontamin. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Prednison-Response		
<input type="checkbox"/> Blut Tag 8 (__ Ausstriche)	____ ____ ____	
Remissionsbewertung		
<input type="checkbox"/> Tag 15	<input type="checkbox"/> vor HR-1'	<input type="checkbox"/> vor DNX-FLA
<input type="checkbox"/> Tag 33	<input type="checkbox"/> vor HR-2'	<input type="checkbox"/> vor 1. Prot.III
<input type="checkbox"/> vor Prot. M	<input type="checkbox"/> vor HR-3'	<input type="checkbox"/> vor 2. Prot.III
	<input type="checkbox"/> vor Prot.II	<input type="checkbox"/> vor 3. Prot.III
		<input type="checkbox"/> vor SZT
		<input type="checkbox"/> Tag ____ nach SZT
		<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> KM (__ Ausstriche)	____ ____ ____	
<input type="checkbox"/> Heparinis. KM für MRD	____ ____ ____	

<input type="checkbox"/> Liquor (__ Zytospinpräparate)	____ ____ ____	Liquorzellzahl: ____/µl Ery ____/µl Therapiezeitpunkt: _____ Liquor makroskop. mit Blut kontamin. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Begleitprojekt MRD im Liquor		
<input type="checkbox"/> Liquor (nativ u. __ Zytospinpräp.)	____ ____ ____	Liquorzellzahl: ____/µl Ery ____/µl Therapiezeitpunkt: _____ Liquor makroskop. mit Blut kontamin. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____	____ ____ ____	Therapiezeitpunkt: _____

Datum:

Name des Einsenders:

Unterschrift: