

ALL SZT-BFM 2003

Remissionsbewertung und MRD

Begleitschein für Untersuchungsmaterial - DEUTSCHLAND

ALL Ersterkrankung:	ALL Rezidiv:	einsendende Klinik: <i>(Stempel)</i>
An ALL-BFM Studienzentrale und -labor Univ.-Klinikum Schleswig-Holstein, Campus Kiel Klinik für Allgemeine Pädiatrie Schwanenweg 20 D-24105 Kiel	An ALL-REZ BFM Studienzentrale und -labor Charité CVK Klinik für Pädiatrie MS Onkologie/Hämatologie Augustenburger Platz 1 D-13353 Berlin bzw. MRD nach SZT: MRD-Labor Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin Haus 32 A, Raum 223 Theodor Stern Kai 7 60590 Frankfurt / Main	

Patient: _____ geb.: _____
Name in DRUCKBUCHSTABEN, evtl. Patientenaufkleber

Diagnose: ALL – Ersterkrankung
 ALL Rezidiv

SZT-Datum:
 (falls Abnahme vor SZT, bitte **geplantes** Datum angeben) _____

Aktuelles BB (bei KMP!!):

Leukozyten _____ / μ l; Hb _____ g/dl; Ery _____ / μ l; Thrombozyten _____ / μ l

folgendes **Untersuchungsmaterial** ist beigelegt: (bitte ankreuzen)

- 6 ungefärbte KM-Ausstriche
 10mL hep. KM für MRD
 eventuell 2 Liquorpräparate (falls ZNS-Befall)

Remissionsbewertung (bitte ankreuzen
 und Entnahmedatum angeben)

im:

KM und/oder: **Liquor**
 Entnahmedatum: |__|__|__| Entnahmedatum: |__|__|__|

Zeitpunkt: (bitte ankreuzen)

- vor SZT Tag +180
 Tag +28 Tag +360
 Tag +60 anderer: Tag +|__|__|
 Tag +100

NAME des Einsenders:

UNTERSCHRIFT: