



Gemeinschaftspraxis für Laboratoriumsmedizin  
**Dr. Franke & Dr. Adamek**

Zietenstraße 8; 40476 Düsseldorf  
 Tel.: 0211-54 55 58-50; Fax: 0211-54 55 58-51  
 E-Mail: haema@immulab.de

Geschlecht:

**W**

**M**

Feld für Patientendaten

Bitte ankreuzen!

**Anforderungsschein Immunphänotypisierung / hämato-onkologische Diagnostik**

Einsender (Stempel):

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Ansprechpartner:

Arzt/Ärztin:

\_\_\_\_\_  
 Tel.: \_\_\_\_\_  
 Fax.: \_\_\_\_\_  
 E-Mail: \_\_\_\_\_

(Für die Immunphänotypisierung möglichst nur **EDTA-Blut /-KM** einsenden und **frische, ungefärbte Ausstriche** beilegen.)

**Material:** entnommen am: \_\_\_\_\_ um: \_\_\_\_\_ Uhr

- |   |                                     |  |  |
|---|-------------------------------------|--|--|
| <input type="radio"/> peripheres Blut           | <input type="radio"/> EDTA (____ x) | <input type="radio"/> Li-Hep. (____ x) | <input type="radio"/> Nh4Hep. (____ x) |
| <input type="radio"/> KM-Aspirat                | <input type="radio"/> EDTA (____ x) | <input type="radio"/> Li-Hep. (____ x) | <input type="radio"/> Nh4Hep. (____ x) |
| <input type="radio"/> Ausstriche (pB)           |                                     |  |  |
| <input type="radio"/> Ausstriche (KM)           |                                     |  |  |
| <input type="radio"/> sonstiges Material: _____ |                                     | Menge: _____ ml                        |  |

(z.B. BAL/Liquor/Pleura/Ascites)

**Fragestellung/ klinische Angaben:**

- |   |   |   |                                  |   |
|---|---|---|----------------------------------|---|
| <input type="radio"/> Anämie                    | <input type="radio"/> Polyglobulie                                  | <input type="radio"/> B-Symptomatik       |                                  |   |
| <input type="radio"/> Leukozytopenie            | <input type="radio"/> Leukozytose                                   | <input type="radio"/> Lymphadenopathie    |                                  |   |
| <input type="radio"/> Thrombozytopenie          | <input type="radio"/> Thrombozytose                                 | <input type="radio"/> Infektneigung       |                                  |   |
| <input type="radio"/> Panzytopenie              |   |   |                                  |   |
| <input type="radio"/> Verdacht auf/Erstdiagnose | <input type="radio"/> <b>Lymphom</b>                                | <input type="radio"/> <b>MPN</b>          | <input type="radio"/> <b>AML</b> | <input type="radio"/> <b>PNH</b>          |
| <input type="radio"/> Verlaufskontrolle         | <input type="radio"/> <b>B-NHL</b>                                  | <input type="radio"/> <b>MDS</b>          | <input type="radio"/> <b>ALL</b> | <input type="radio"/> <b>Sphärozytose</b> |
| <input type="radio"/> Rezidiv?                  | <input type="radio"/> <b>NK/ T-NHL</b>                              | <input type="radio"/> <b>CMML/Overlap</b> |                                  |   |
|   | <input type="radio"/> <b>Immundefekt</b>                            |   |                                  |   |
|   | <input type="radio"/> <b>Hämatologische Systemerkrankung (HSE)?</b> |   |                                  |   |



**unter Therapie:**  Nein  Ja, mit: \_\_\_\_\_

**weitere gewünschte Untersuchungen** (siehe auch Rückseite): \_\_\_\_\_

**O Molekulargenetik<sup>1,2</sup>** (Bevorzugtes Antikoagulans **EDTA!**)

- |                                    |   |   |   |  |
|------------------------------------|---|---|---|--|
| <b>MPN</b>                         | <b>MDS</b>                              | <b>AML</b>                                  | <b>B-CLL</b>                              | <b>B-NHL</b>                                       |
| <input type="checkbox"/> BCR-ABL   | <input type="checkbox"/> ASXL1          | <input type="checkbox"/> FLT3               | <input type="checkbox"/> IGHV-Mut. Status | <input type="checkbox"/> BRAF/V600E-Mut. (HCLc)    |
| <input type="checkbox"/> JAK2 Mut. | <input type="checkbox"/> EZH2           | <input type="checkbox"/> NPM1               | <input type="checkbox"/> TP53-Punktmut.   | <input type="checkbox"/> MYD88 (Morb. Waldenström) |
| <input type="checkbox"/> CALR      | <input type="checkbox"/> RUNX1          | <input type="checkbox"/> CEBPA              | <input type="checkbox"/> NOTCH1-Mut.      |  |
| <input type="checkbox"/> MPL       | <input type="checkbox"/> TP53           | <input type="checkbox"/> MLL-PTD            |   |  |
|                                    |   | <input type="checkbox"/> PML-RARA, t(15;17) |   |  |
|                                    | <b>CMML/Overlap</b>                     | <input type="checkbox"/> RUNX1, t(8;21)     |   |  |
|                                    | <input type="checkbox"/> TET2           | <input type="checkbox"/> CBFB-MYH11         |   | <b>T-NHL</b>                                       |
|                                    | <input type="checkbox"/> ASXL1          |   |   | <input type="checkbox"/> T-Zell-Klonalität         |
|                                    | <input type="checkbox"/> EZH2           |   |   | <input type="checkbox"/> STAT3 Mut. (T-LGL)        |
|                                    | <input type="checkbox"/> TP53           |   |   |  |
|                                    | <input type="checkbox"/> SF3B1 (RARS-T) |   |   |  |

Diagnose/Verdachtsdiagnose: \_\_\_\_\_

**O FISH<sup>1,2</sup>** (Bevorzugtes Antikoagulans **Lithium-Heparin!**)

- |                                     |                                      |                                   |                                     |
|-------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|
| <b>B-NHL</b>                        | <b>B-CLL</b>                         | <b>Mantelzell-Lymphom</b>         | <b>MDS</b>                          |
| <input type="checkbox"/> del17p13.1 | <input type="checkbox"/> del11q      | <input type="checkbox"/> t(11;14) | <input type="checkbox"/> 5q-        |
| <input type="checkbox"/> IGH 14q32  | <input type="checkbox"/> del13q      |                                   | <input type="checkbox"/> 7q-        |
|                                     | <input type="checkbox"/> del17p13.1  | <b>Follikuläres-Lymphom</b>       | <input type="checkbox"/> del17p13.1 |
|                                     | <input type="checkbox"/> Trisomie 12 | <input type="checkbox"/> t(14;18) |                                     |
|                                     | <input type="checkbox"/> IGH 14q32   |                                   |                                     |

Diagnose/Verdachtsdiagnose: \_\_\_\_\_

**O Chromosomenanalyse<sup>1,2</sup>** (Für die Chromosomenanalyse nur **Lithium-Heparin** als Antikoagulans verwenden!)

Einsendungen Mo. - Do. und nicht vor Feiertagen

- myeloisch       lymphatisch

Diagnose/Verdachtsdiagnose: \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> = Hinweis: Empfehlungen zur weiterführenden Diagnostik erfolgen ggf. auch im Immunphänotypisierungs-/Zytomorphologie Befund.  
<sup>2</sup> = Fremdleistung

**weitere Angaben, Bemerkungen:** \_\_\_\_\_

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---