



Laboratoriumsmedizin

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"/> Lymphom | <input type="radio"/> MPN | <input type="radio"/> AML | <input type="radio"/> PNH |
| <input type="radio"/> Verlaufskontrolle | <input type="radio"/> B-NHL | <input type="radio"/> MDS | <input type="radio"/> ALL | <input type="radio"/> Sphärozytose |
| <input type="radio"/> Rezidiv? | <input type="radio"/> NK/ T-NHL | <input type="radio"/> CMML/Overlap | | |
-
- Immundefekt
 Hämatologische Systemerkrankung (HSE)?



unter Therapie:

Nein

Ja, mit: _____

weitere gewünschte Untersuchungen (siehe auch Rückseite): _____

O Molekulargenetik^{1,2} (Bevorzugtes Antikoagulans EDTA!)

- | | | | | |
|------------------------------------|---|---|---|--|
| MPN | MDS | AML | B-CLL | B-NHL |
| <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) | | |
| | CMML/Overlap | <input type="checkbox"/> RUNX1, t(8;21) | | |
| | <input type="checkbox"/> TET2 | <input type="checkbox"/> CBFβ-MYH11 | | T-NHL |
| | <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^{1,2} (Bevorzugtes Antikoagulans Lithium-Heparin!)

- | | | | |
|-------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|
| B-NHL | B-CLL | Mantelzell-Lymphom | MDS |
| <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 | Follikuläres-Lymphom | <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^{1,2} (Für die Chromosomenanalyse nur Lithium-Heparin als Antikoagulans verwenden!)

Einsendungen Mo. - Do. und nicht vor Feiertagen

- myeloisch lymphatisch

Diagnose/Verdachtsdiagnose: _____

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

weitere Angaben, Bemerkungen: _____
