

Molekulare MRD-Diagnostik: Univ. Prof. Dr. Oskar A. Haas / Dr.med Stefan Köhrer, PhD, Sekretariat DW 4800, Labor DW 4031, Fax DW 7150

ZUWEISUNG - Molekularer Nachweis der minimalen Resterkrankung bei ALL (ALL-MRD) REZIDIV

An die
Labdia Labordiagnostik GmbH
Abteilung für Leukämiebiologie

Zimmermannplatz 10/1. Stock
1090 Wien

Stempel der zuweisenden Klinik

Patientendaten (Etikette):

Zu-/Vorname:

männlich weiblich

Geburtsdatum:

SVNR:

Zuweisende Stelle/Arzt:

Zuweisender Arzt:

FAX Nummer¹:

Datum/Unterschrift:

Therapieprotokoll: _____

Klinische Diagnose: _____ ; Leu _____ / μ l; Hb _____ g/dl; Ery _____ / μ l; Thrombo _____ / μ l

Bitte gewünschte Untersuchung und Therapiezeitpunkt ankreuzen

<input type="checkbox"/>	MRD bei Rezidivkrankung (ALL-REZ BFM)	<input type="checkbox"/>	MRD bei Rezidivkrankung (IntReALL SR)	<input type="checkbox"/>	MRD bei Rezidivkrankung (IntReALL HR)	<input type="checkbox"/>	MRD online Rezidiv*	<input type="checkbox"/>	MRD online bei SCT (ALL-SCTped2012)			
<input type="checkbox"/>	Bei Diagnose Datum:	<input type="checkbox"/>	Bei Diagnose Datum:	<input type="checkbox"/>	Bei Diagnose Datum:	<input type="checkbox"/>	vor FLAMSA Datum:	<input type="checkbox"/>	vor SCT Datum:			
<input type="checkbox"/>	vor F2 Datum:	<input type="checkbox"/>	vor SIA/SIB (d15) Datum:	<input type="checkbox"/>	vor HC1 Datum:	<input type="checkbox"/>	vor DNX-FLA Datum:	<input type="checkbox"/>	SCT Tag 28 Datum:			
<input type="checkbox"/>	vor II-IDA Datum:	<input type="checkbox"/>	vor SCA1/SCB1 Datum:	<input type="checkbox"/>	vor HC2 Datum:	<input type="checkbox"/>	vor BLINATUMOMAB Datum:	<input type="checkbox"/>	SCT Tag 60 Datum:			
<input type="checkbox"/>	vor II-IDA Tag 29 Datum:	<input type="checkbox"/>	vor SCA2/SCB2 Datum:	<input type="checkbox"/>	vor HC3 Datum:	DRINGLICHKEIT (nur MRD online): <input type="checkbox"/> Standard (innerhalb 1-2 Wochen) <input type="checkbox"/> MRD Untersuchung mit nächstem Sample <input type="checkbox"/> ASAP (innerhalb 5 Werktagen)						
<input type="checkbox"/>	vor 1. R1 Datum:	<input type="checkbox"/>	vor SCA3/SCB3/SCA7 Datum:						<input type="checkbox"/>	SCT Tag 100 Datum:		
<input type="checkbox"/>	vor 1. R2 Datum:	<input type="checkbox"/>	vor SCA4/SCA6 Datum:						<input type="checkbox"/>	SCT Tag 180 Datum:		
<input type="checkbox"/>	vor 2. R1 Datum:	<input type="checkbox"/>	vor SCB3 Datum:						<input type="checkbox"/>	SCT Tag 270 Datum:		
<input type="checkbox"/>	vor 2. R2 Datum:	<input type="checkbox"/>	vor SCB4 Datum:						<input type="checkbox"/>	SCT Tag 360 Datum:		
<input type="checkbox"/>	vor 3. R1 Datum:	<input type="checkbox"/>	vor SMA/SMB Datum:									
<input type="checkbox"/>	vor Dauertherapie Datum:											
<input type="checkbox"/>	zusätzliche KMP* vor _____ Datum:	<input type="checkbox"/>	zusätzliche KMP* vor _____ Datum:	<input type="checkbox"/>	zusätzliche KMP* vor _____ Datum:	<input type="checkbox"/>	zusätzliche KMP* vor _____ Datum:	<input type="checkbox"/>	zusätzliche KMP* vor _____ Datum:			

* nach Rücksprache mit der ALL-Studienzentrale

Bitte beachten Sie die jeweils gültigen gesetzlichen Versandvorschriften der Post für biologisches Material!

¹ Ich bestätige, dass das Fax-Gerät vor unbefugtem Zugriff geschützt ist. (Falls nicht zutreffend, bitte streichen.)
Information über unser gesamtes diagnostisches Angebot finden Sie auf unserer Homepage: www.labdia.at