

Stempelbereich (Freigabestempel, Eingangsstempel)

Zuweisende Stelle (bitte **Stempel**, alternativ Druckschrift)

Name/Klinik:

Abteilung:

Ort:

Telefon:

Kostenträger:

Zuweisende Stelle Patient*in / Sonstiges (Kostenübernahmeerklärung)

Zuweisende Ärzt*in

Name:

Telefon:

E-Mail:

Angaben zur Patient*in (bitte **Etikett**, alternativ Druckschrift)

Nachname:

Vorname:

Biologisches Geschlecht: W M SVNR/Geburtsdatum: SVNR / tt mm jjjj

Studie: Studiennr.:

EUPID:

Material

PB KM anderes:

Abnahmedatum: tt mm jjjj Abnahmezeit: hh : mm

Klinischer Status

Erstdiagnose Verlauf Rezidiv/Progression

Therapie:

Untersuchungsmethoden

PCR/RQ-PCR (quantitativ)

major BCR-ABL1 Rearrangement minor BCR-ABL1 Rearrangement
 atypische BCR-ABL1 Varianten

PB/KM - EDTA (10 ml)

Zytogenetik

Chromosomenanalyse

KM - Heparin (2-5 ml)

FISH (an Interphasekernen)

BCR-ABL1-Sonde

KM/PB - EDTA/Heparin (1-2 ml)

Mutationsanalyse

Screening (gesamte ABL1-TK-Domäne)

PB - EDTA (10 ml)

Medikamenten-Spiegelbestimmung (HPLC)

Bei gewünschter Medikamenten-Spiegelbestimmung (HPLC) folgende Felder bitte **UNBEDINGT AUSFÜLLEN**

Imatinib Nilotinib

Dosierung: mg 1x/d 2x/d

Letzte Medikamenteneinnahme: Datum: tt mm jjjj Uhrzeit: hh : mm

Zeitpunkt Blutabnahme: Datum: tt mm jjjj Uhrzeit: hh : mm

PB - EDTA (10 ml)

Anmerkungen