

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:

Verdachtsdiagnose

ALL AML CLL CML HZL MDS MPN NHL Multiples Myelom

andere/Anmerkungen:

Material

PB KM anderes:

Abnahmedatum: tt mm jjjj **Abnahmezeit:** hh : mm

Klinischer Status

Diagnosedatum

tt mm jjjj

Erstdiagnose Verlauf Stammzell-
 Remission Rezidiv Spenderin (W)
 Spender (M)

Untersuchungen

Chromosomenanalyse (KM/PB-Heparin: 3-5 ml)

DEB (Fanconi, PB-Heparin: 10 ml)

FISH (KM/PB-Heparin: 3-5 ml)

CGH/SNP Array (KM/PB-Heparin/EDTA: 3-5 ml)

genspezifisches Mutationsscreening (KM/PB-EDTA: 2 ml)

- JAK2 V617F
- JAK2 Exon 12
- CALR
- MPL
- SH2B3
- KIT D816V
- MYD88 (L265P)
- CXCR4
- TP53
- BRAF (V600E)

Mutationsanalyse CML/Ph+ ALL – ABL1 TK Domäne (KM/PB-EDTA: 3-5 ml)

RT-qPCR (KM/PB-EDTA: 3-5 ml)

ALL

- ETV6-RUNX1
- TCF3-PBX1
- KMT2A-AFF1 (MLL-AF4)
- Minor BCR-ABL1 (ALL-typische Variante)
- Major BCR-ABL1 (CML-typische Variante)
- SIL-TAL1

AML

- RUNX1--RUNX1T1 (AML--ETO)
- CBFβ-MYH11
- PML-RARA
- KMT2A--MLL3 (MLL--AF9)
- Major BCR-ABL1
- Minor BCR-ABL1

CML

- Major BCR-ABL1 (CML-typische Variante)
- Minor BCR-ABL1 (ALL-typische Variante)
- atypische BCR-ABL1 Varianten

Anmerkungen

Bearbeitung: dringend

weitere: