

**Stempel** der einSENDEN Klinik

**Materialbegleitschein für die Diagnostik beim Rezidiv einer ALL für das  
ALL-REZ BFM Register und die IntReALL SR/HR Studien**

**PatientIn**  
 Name: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geschlecht  W  M

**Diagnose**  
 Verdacht auf:  1. Rezidiv  2. Rezidiv  \_\_\_\_ . Rezidiv

**Diagnostik zum Zeitpunkt der Rezidivdiagnose:**

Datum der Abnahme des Materials: \_\_\_\_\_

**Zytologie/Morphologie**

Aktueller morphologischer Leukämieblasten-Anteil, wenn in Klinik bestimmt

- KM-Ausstriche rechts/links (≥3 ungefärbt) \_\_\_\_\_ % / \_\_\_\_\_ %
  - Blut-Ausstriche (≥2 ungefärbt) \_\_\_\_\_ %
  - Liquor-Zytospins (≥3 ungefärbt) Zellzahl \_\_\_\_\_ /µl \_\_\_\_\_ %
  - Tupfpräparate (ungefärbt) \_\_\_\_\_ %
- Gewebe: \_\_\_\_\_

**MRD-Marker Etablierung**

- 3 - 5ml KM rechts/links (EDTA)
- Liquor Pellet
- Liquor-Überstand
- Gewebe: \_\_\_\_\_  rechts  links

**Blutbild**  
 Hb: \_\_\_\_\_ g/dl  
 Leukozyten: \_\_\_\_\_ /µl  
 Thrombozyten: \_\_\_\_\_ /µl  
 Granulozyten: \_\_\_\_\_ /µl

**Immunphänotypisierung**

- KM rechts/links, 3 ml, EDTA
- Liquor, 1 ml, nativ

Immunphänotyp bei initialer Diagnose:  **BCP-ALL**  **T-ALL**  
 Immuntherapie / Antikörpergabe:  
 nein  
 ja, wann: \_\_\_\_\_ welche: \_\_\_\_\_

**Molekulargenetik (RNASeq, Chromosomaler Mikroarray)**

- KM rechts/links, 3 ml, EDTA

|                                |                         |                             |
|--------------------------------|-------------------------|-----------------------------|
| Datum:                         | Name des<br>Einsenders: | Unterschrift                |
| <b>Telefon für Rückfragen:</b> |                         | <b>Fax-Nr. für Befunde:</b> |