

Stempel der einsendenden Klinik

Materialbegleitschein für die Diagnostik im Therapieverlauf eines ALL-Rezidivs *ALL-REZ BFM Register*

PatientIn

Name: _____ Geburtsdatum: _____ Geschlecht W M

Diagnose

1. Rezidiv 2. Rezidiv ___ Rezidiv

Diagnostik von Verlaufskontrollen:

Datum der Abnahme des Materials: _____

Therapiezeitpunkt: _____

Zytologie/Morphologie

KM-Ausstriche rechts/links (≥ 3 ungefärbt) _____ % / _____ %
 Blut-Ausstriche (≥ 2 ungefärbt) _____ %
 Liquor-Zytospins (≥ 2 ungefärbt) Zellzahl _____ /µl _____ % RBC _____ /µl

MRD-PCR

KM rechts/links, 5 ml, EDTA
 Liquor-Pellet*
 Liquor-Überstand*

Blutbild

Hb: _____ g/dl
 Leukozyten: _____ /µl
 Thrombozyten: _____ /µl
 Granulozyten: _____ /µl

MRD-Flow

KM rechts/links, 5 ml, EDTA
 Blut (vor/während [d1, 8, 15]/nach [d29] Blinatumomab), 5 ml, EDTA
 Liquor nativ*, ≥ 1 ml

Immuntherapie / Antikörpergabe:

nein
 ja, wann zuletzt: _____
 welche: _____

* Siehe Anleitung im Anhang → Bitte auf die ausreichende Beschriftung der Röhrchen achten (siehe Anhang)!

Datum:	Name des Einsenders:	Unterschrift
Telefon für Rückfragen:		Fax-Nr. für Befunde:

Stempel der einsendenden Klinik

Materialbegleitschein für die Diagnostik im Therapieverlauf
IntReALL HR Studie

PatientIn
 Trial ID: _____ Geschlecht W M

Diagnose
 1. Rezidiv

Diagnostik von Verlaufskontrollen:

Datum der Abnahme des Materials: _____

Therapiezeitpunkt: _____

Zytologie/Morphologie

- KM-Ausstriche rechts/links (≥ 3 ungefärbt) _____ % / _____ %
- Blut-Ausstriche (≥ 2 ungefärbt) _____ %
- Liquor-Zytospins (≥ 2 ungefärbt) Zellzahl _____ /µl . _____ % RBC _____ /µl

MRD-PCR

- KM rechts/links, 5 ml, EDTA
- Liquor-Pellet*
- Liquor-Überstand*

Blutbild
 Hb: _____ g/dl
 Leukozyten: _____ /µl
 Thrombozyten: _____ /µl
 Granulozyten: _____ /µl

MRD-Flow

- KM rechts/links, 5 ml, EDTA
- Blut (vor/während [d1, 8, 15]/nach [d29] Blinatumomab), 5 ml, EDTA
- Liquor nativ*, ≥ 1 ml

Immuntherapie / Antikörpergabe:
 nein
 ja, wann zuletzt: _____
welche: _____

* Siehe Anleitung im Anhang → **Bitte auf die ausreichende Beschriftung der Röhrchen achten (siehe Anhang)!**

Datum:	Name des Einsenders:	Unterschrift
Telefon für Rückfragen:		Fax-Nr. für Befunde: