

Stempel der einSENDENDEN Klinik

Materialbegleitschein für die Diagnostik bei Diagnose eines ALL-Rezidivs
ALL-REZ BFM Register und IntReALL HR Studie

PatientIn
 Name: _____ Geburtsdatum: _____ Geschlecht W M

Diagnose
 Verdacht auf: 1. Rezidiv 2. Rezidiv __ Rezidiv

Daten von Ersterkrankung
 Datum der Diagnose: _____ Immunphänotyp: BCP-ALL T-ALL
 Very high-risk Genetik (bekannt von initialer Diagnostik): nein ja, Zutreffendes ankreuzen
 TCF3-PBX1, TCF3-HLF1, KMT2A-AFF1 (MLL-AF4), Low Hypodiploidy, TP53 Mutation

Diagnostik zum Zeitpunkt der Rezidivdiagnose:

Datum der Abnahme des Materials: _____

Zytologie/Morphologie Aktueller morphologischer Leukämieblasten-Anteil, wenn in Klinik bestimmt

<input type="checkbox"/> KM-Ausstriche rechts/links (≥ 3 ungefärbt)	_____ % / _____ %
<input type="checkbox"/> Blut-Ausstriche (≥ 2 ungefärbt)	_____ %
<input type="checkbox"/> Liquor-Zytospins (≥ 3 ungefärbt)	Zellzahl _____ /µl _____ % RBC _____ /µl
<input type="checkbox"/> Tupfpräparate (ungefärbt)	_____ %

Gewebe: _____

MRD-Marker Etablierung

<input type="checkbox"/> KM rechts/links, 3 - 5ml, EDTA	
<input type="checkbox"/> Liquor Pellet*	
<input type="checkbox"/> Liquor-Überstand*	
<input type="checkbox"/> Gewebe: _____	<input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links

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

Immunphänotypisierung

<input type="checkbox"/> KM rechts/links, 3 ml, EDTA	
<input type="checkbox"/> Liquor nativ*, ≥ 1 ml	

Immuntherapie / Antikörpergabe:

nein
 ja, wann zuletzt: _____
 welche: _____

Molekulargenetik (RNASeq, Chromosomaler Mikroarray)

KM rechts/links, 3 ml, EDTA

* 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: