

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

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

MRD-Marker Etablierung

KM rechts/links, 3 - 5ml, 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 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: