Formular drucken | Dieses Formular ist am Bildschirm ausfüllbar | Formular zurücksetzen

Patient*innendaten

Klinik / Station / Praxis

Untersuchungsauftrag

Probeneingang: ITZ, EG 00.071

Telefonnummer oder Piepser: _____
Bitte immer für Rückfragen angeben!

Hiermit beauftrage ich die Analysen:

Datum _____ ärztliche Unterschrift und Stempel _____

UNIVERSITÄTS KLINIKUM FREIBURG
Klinik für Innere Medizin I
Diagnostische Laboratorien
Telefon: 0761 270-35140
itz.med1.diagnostiklabore@list.uniklinik-freiburg.de

Probeneingang: ITZ, EG 00.071
Probenannahme: Mo-Fr 8:00-15:00 Uhr
(Liquormaterial: Mo-Fr 8:00-14:00 Uhr)

Diagnose

- ☐ AML
- ☐ B-ALL
- ☐ T-ALL
- ☐ CML
- ☐ B-NHL
- ☐ CLL
- ☐ MM
- ☐ Haarzell-Leukämie
- ☐ T-NHL
- ☐ Sezary-Syndrom
- ☐ MDS
- ☐ MPN
- ☐ NSCLC
- ☐ Kolonkarzinom
- ☐ Melanom
- ☐ _____

☐ **Verdacht** ☐ **Erstdiagnose**
☐ **Verlauf** ☐ **Rezidiv**

Zeit nach TX: _____

Aktuelle Therapie: _____

Fragestellung:

Zytomorphologie Tel.: 35140

- ☐ Differentialblutbild
- ☐ Knochenmarkzytologie
- ☐ Peroxidasefärbung ☐ Blut ☐ KM
- ☐ Eisenfärbung ☐ Blut ☐ KM

Liquor/Erguss: _____

Zellmarker-Labor Tel.: 35050

Akute Leukämie ☐ Blut ☐ KM
☐ _____

B-NHL ☐ Blut ☐ Lymphknoten ☐ KM ☐ _____

T-NHL ☐ Blut ☐ Lymphknoten ☐ KM ☐ _____

Multiples Myelom ☐ Blut ☐ KM
☐ _____

Haarzellleukämie ☐ Blut ☐ KM
☐ _____

☐ **PNH** Blut

☐ **Lymphozytensubpopulation (T4/T8)** Blut

☐ **Lymphozytenregeneration (TX-Patient)** Blut

Bestimmung vitaler Stammzellen
☐ Blut ☐ Leukapheresat ☐ KM

☐ **CAR-T Zellen** Blut

☐ **Tumorzellen**
Material: _____

☐ **Andere Marker:** _____

Molekulare Diagnostik Tel.: 32100

Panel: ☐ Myeloid ☐ Lymphoid ☐ TP15 ☐ MM ☐ Cancer Fusion

Genexpression: ☐ WT1 ☐ EVI1/MECOM
☐ Andere: _____

Fusionen: ☐ BCR-ABL
☐ Andere: _____

☐ MPN Stufendiagnostik (JAK2, CALR, MPL)
☐ JAK2 V617F

☐ MRD Verlauf (Marker bitte angeben):
_____

☐ MYD88 L265P
☐ Eosinophilie-Panel (KIT, STAT5b, Fusionen)
☐ DPYP Polymorphismen **Aufklärung!**
(DPD-Score vor 5'FU Applikation)
☐ BRAF V600E
☐ BRAF Exon 15
☐ KIT D816V
☐ CAR-T Verlaufskontrolle
☐ Lymphotrack™ (TRG, IGH)

CNV: ☐ TPSAB1
☐ Anderes: _____

Liquid Biopsy Labor Tel.: 33850

(3 x 9 ml EDTA - Blut!)

EGFR ☐ Del19 ☐ L858R ☐ T790M ☐ L861Q ☐ C797S

BRAF ☐ V600E ☐ V600D ☐ V600R ☐ V600M ☐ V600K

KRAS ☐ G12D ☐ G12V ☐ G12R ☐ G12C ☐ G12A ☐ G12S ☐ G13D

Andere Mutationen: _____

FISH-Labor Tel.: 33780

Panel gemäß der Angabe zur Diagnose
☐ Blut ☐ KM ☐ Liquor
☐ _____

☐ Sonstige Aberration:
_____

KMT-Labor Tel.: 35820

Chimärismusanalyse
☐ Blut ☐ KM
☐ _____

Asservierung
☐ Blut ☐ KM

Versand Tel.: 35140

☐ Chromosomenanalyse **(Heparin!)**
☐ An: _____

Freeze Biobank

Tel.: 35140 *oder direkt* 77741

☐ Blut ☐ KM
☐ Projekt:

Diagnostische Laboratorien

Vom Labor auszufüllen!

Zentraler Probeneingang:
(Datum, Uhrzeit und MA-Kürzel)

Proben: (Anzahl + Art)

Qualität der Proben
☐ gut ☐ akzeptabel
☐ RS Einsender

Probenaufbereitung
☐ Lyse ☐ Plasma
☐ MNC ☐ RLT-Puffer
_____ µl

☐ Blut Zellzahl: _____
☐ KM Zellzahl: _____
☐ _____

Kürzel: _____

Notizen:

Formular drucken | Formular zurücksetzen