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)

Entnahme der Proben:

Datum: _____ Uhrzeit: _____

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 (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 ☐ Produkt
- ☐ **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)
- ☐ BRAF V600E
- ☐ BRAF Exon 15
- ☐ KIT D816V
- ☐ CAR-T Verlaufskontrolle
- ☐ Lymphotrack™ (TRG, IGH)

Genotypisierung
(Wichtig: Aufklärung nach GenDG)

- ☐ DPD/DPYD (5-FU Tox.)
- ☐ UGT1A1 (Irinotecan Tox.)

Liquid Biopsy Labor Tel.: 33850

☐ EDTA-Blut (3 x 9 ml) ☐ Liquor (3 ml)

EGFR ☐ Del19 ☐ L858R ☐ T790M ☐ L861Q ☐ C797S

BRAF ☐ V600E ☐ V600D ☐ V600R ☐ V600M ☐ V600K

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

MYD88 ☐ L265P

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