

Kontakt Daten - Labor: e-mail: haema-speziallabor@med.uni-rostock.de Telefon: +49 381 494 7528 Fax: +49 381 494 7532

- - - Bitte senden Sie das Untersuchungsmaterial an: Hämatologisches Speziallabor, Ernst-Heydemann Straße 6, 18057 Rostock - - -
Probenannahme: Mo-Do 7:30 bis 16:30, Fr. 7:30 bis 14:00 oder nach Voranfrage, FAX-Benachrichtigung (Fax-Gerät muss vor Fremdzugriff geschützt sein.)

Patientendaten (Aufkleber) Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Geschlecht: <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> d bei Studieneinsendungen: Studiename: _____ Patientennummer: _____	Einsender (Stempel) Tel.: _____ Fax.: _____	Probenmaterial <input type="checkbox"/> Blut (<input type="checkbox"/> Heparin <input type="checkbox"/> EDTA) <input type="checkbox"/> Knochenmarkspirat (<input type="checkbox"/> Heparin <input type="checkbox"/> EDTA) <input type="checkbox"/> Knochenmarkausstriche <input type="checkbox"/> Liquor (<input type="checkbox"/> Transfix <input type="checkbox"/> nativ) Sonstiges: _____ Probenentnahme Datum <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Uhrzeit: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
---	--	--

Abrechnung
 Studie ambulant GKV (Ü-Schein, Muster 10) ambulant GKV (§116b) stationär, Rechnung an Klinik ambulant PKV
* Laborschein 10 muss Angabe der Diagnose nach ICD10 oder Indikation enthalten

Fragestellung & Diagnose
Abklärung von: Zytopenien Leukozytose Splenomegalie Lymphadenopathie atypische Lymphozyten Blasten
 Paraprotein andere: _____
Erläuterung: _____
oder spezifisch:
A Verdacht auf gesicherte Diagnose
B Erstdiagnose Rezidiv Verlauf Minimale Resterkrankung (MRD)
C Akute Lymphatische Leukämie (ALL) (T / B)
 Akute Myeloische Leukämie (AML)
 Myelodysplastisches Syndrom (MDS)
 Myeloproliferative Neoplasie (MPN)
 Chronische Myeloische Leukämie (CML)
 Polycythaemia vera (PV)
 Essentielle Thrombozytämie (ET)
 Primäre Myelofibrose (PMF)
 T-Non-Hodgkin Lymphom (NHL)
 B-Non-Hodgkin Lymphom (NHL)
 Chronische Lymphatische Leukämie (CLL)
 Multiples Myelom (MM)
 Mantelzelllymphom (MCL)
 Haarzellleukämie (HZZL)
 Follikuläres Lymphom (FL)
 andere: _____
 Primäre Immundefizienz
 andere: _____

Klinische Angaben Leukozyten: _____ Gpt/l Hb: _____ mmol/l Thrombozyten: _____ Gpt/l Weitere Befunde: _____	Therapie <input type="checkbox"/> Chemotherapie, zuletzt am: _____ <input type="checkbox"/> G-CSF, zuletzt am: _____ <input type="checkbox"/> Transplantation, Tag vor/nach allo SZT: _____ <input type="checkbox"/> anti-CD20, zuletzt am: _____
---	--

Zytomorphologie
Je 8 luftgetrocknete, unfixierte, ungefärbte Blut- oder Knochenmark-Ausstriche.

Zytogenetik
5-10ml HEPARIN-Blut/Knochenmark. Laboreingang spätestens 24h nach Entnahme. (Untersuchung erfolgt bei Kooperationspartnern)

Molekulargenetik
5-10ml EDTA-Blut/Knochenmark mit Labor-Eingang innerhalb von 48h nach Entnahme.
 TP53 – Mutationen (z.B. CLL)
 BRAF V600E (z.B. HZL)
 MYD88 (z.B. Morbus Waldenström)
 MDS
 AML, Chronische myelomonozytäre Leukämie (CMML)
 MPN: JAK2
 MPL, CALR, JAK2, JAK2Exon12
 Sekundärmutationen
 Mastrozytose: cKIT (D816V)
 Sekundärmutationen
 Spezifische Gene: _____
(siehe Zusatzbogen)

Durchflusszytometrie
5-10ml HEPARIN (bevorzugt) oder EDTA-Blut/Knochenmark mit Labor-Eingang innerhalb von 24h nach Entnahme. MM erfordert EDTA!
Initialdiagnostik:
 CLL MM (EDTA!)
 andere B-NHL
(FL, MCL, HZL, Diffus-Großzelliges Lymphom, Burkitt-Lymphom, Marginalzonen-Lymphom, Lymphoplasmazytisches Lymphom)
 Akute Leukämie Panel
 primäre Immundefizienz (PIDOT)
 Small Sample Tube (für Liquor o.ä.)
Verlaufsdagnostik:
 CLL-MRD MM-MRD (EDTA!)
 andere NHL: _____ Akute Leukämie
 nach B-Zell-Depletion
Stammzellen: Vital/CD45/CD34

Patient / Patientin, gesetzlicher Vertreter:
Mit meiner Unterschrift bestätige ich mein Einverständnis mit der geplanten Untersuchung durch das beauftragte Labor bzw. von diesem beauftragte Kooperationspartner, der Digitalisierung der Patientenakte durch ein zertifiziertes Dienstleistungsunternehmen sowie der Archivierung und Nutzung von restlichem Untersuchungsmaterial zu Forschungszwecken (pseudonymisiert). (Teile ggf. streichen)

Ort, Datum, Unterschrift (Patient/in, gesetzlicher Vertreter)

Hiermit beauftrage ich die Untersuchung
durch das Hämatologische Speziallabor bzw. von diesem beauftragte Kooperationspartner, die Digitalisierung der Patientenakte durch ein zertifiziertes Dienstleistungsunternehmen, sowie die Archivierung und Nutzung von restlichem Untersuchungsmaterial zu Forschungszwecken (pseudonymisiert). (Teile ggf. streichen)

Ort, Datum, Klarschrift und Unterschrift einsendender Arzt

*Zusatzbogen Molekulargenetik

- - - Bitte senden Sie das Untersuchungsmaterial an: Hämatologisches Speziallabor, Ernst-Heydemann Straße 6, 18057 Rostock - - -

Probenannahme: Mo-Do 7:30 bis 16:30, Fr. 7:30 bis 14:00 oder nach Voranfrage, FAX-Benachrichtigung (Fax-Gerät muss vor Fremdzugriff geschützt sein.)

MDS

Nach Bartels et al., Oncotarget 2016

- | | |
|---------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ASXL1 | <input type="checkbox"/> KRAS |
| <input type="checkbox"/> DNMT3A | <input type="checkbox"/> SETBP1 |
| <input type="checkbox"/> EZH2 | <input type="checkbox"/> SF3B1 |
| <input type="checkbox"/> ETV6 | <input type="checkbox"/> SRSF2 |
| <input type="checkbox"/> RUNX1 | <input type="checkbox"/> TET2 |
| <input type="checkbox"/> NRAS | <input type="checkbox"/> TP53 |
| <input type="checkbox"/> U2AF1 | |

AML

AML-ELN Panel; modifiziert nach Döhner et al., Blood 2017

- | | |
|-----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ASXL1 | <input type="checkbox"/> DNMT3A |
| <input type="checkbox"/> CEBPA | <input type="checkbox"/> TET2 |
| <input type="checkbox"/> FLT3-ITD | |
| <input type="checkbox"/> FLT3-TKD | |
| <input type="checkbox"/> NPM1 | |
| <input type="checkbox"/> RUNX1 | |
| <input type="checkbox"/> TP53 | |

MPN Sekundärmutationen

Nach Vannucchi et al., Leukemia 2013

- | | |
|---------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ASXL1 | <input type="checkbox"/> TET2 |
| <input type="checkbox"/> CEBPA | <input type="checkbox"/> TP53 |
| <input type="checkbox"/> DNMT3A | <input type="checkbox"/> SRSF2 |
| <input type="checkbox"/> RUNX1 | <input type="checkbox"/> SRSF2 |

Mastozytose Sekundärmutationen

Nach Schwaab et al., Blood 2013

- | | | | | |
|------------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Kit D816V | <input type="checkbox"/> TET2 | <input type="checkbox"/> ASXL1 | <input type="checkbox"/> RUNX1 | <input type="checkbox"/> CBL |
|------------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|------------------------------|