

Laborauftrag Knochenmark/Immunphänotypisierung

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____ Adresse: _____ Tel.: _____ Krankenkasse: _____		Für Anmeldung Telefonnummer: 052 266 46 61	Nur für Labor
		Zugesandtes Material: <input type="checkbox"/> Aspirat <input type="checkbox"/> ungefärbte KM-Ausstriche <input type="checkbox"/> Abrollpräparat <input type="checkbox"/> ungefärbte BB-Ausstriche <input type="checkbox"/> KM in Heparin <input type="checkbox"/> KM in EDTA <input type="checkbox"/> EDTA-Blut <input type="checkbox"/> Heparin-Blut Biopsie: <input type="checkbox"/> KSW <input type="checkbox"/> anderer Ort	
Entnahmedatum: _____ Entnahmezeit: _____ Punktionsort: <input type="checkbox"/> Beckenkamm <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> Neudiagnose <input type="checkbox"/> Follow up		CRP: _____ mg/l Ferritin: _____ ug/l B12: _____ pmol/l Folsäure: _____ nmol/l LDH: _____ U/l	Splenomegalie: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein cm: _____ Lymphome: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Paraprotein: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Typ: _____
Anamnese/ Medizinische Diagnosen: <div style="border: 1px solid black; height: 40px;"></div>			
Frühere / Aktuelle Therapien: <div style="border: 1px solid black; height: 40px;"></div>		Fragestellung: <div style="border: 1px solid black; height: 40px;"></div>	
Gewünschte Analysen: <input type="checkbox"/> Vollständige KM-Beurteilung inkl. weiterführende Diagnostik (Immunphänotypisierung, Zytochemie, Zytogenetik, ...) (einsenden von KM in Heparin und EDTA max. 6h alt bei Ankunft, KM-Ausstriche, peripheres EDTA-Blut) <input type="checkbox"/> Nur KM-Beurteilung (einsenden von KM in EDTA max. 6h alt bei Ankunft oder ungefärbte KM-Ausstriche und peripheres EDTA-Blut) <input type="checkbox"/> Nur Immunphänotypisierung (einsenden von KM/Blut in Heparin max. 24h alt bei Ankunft, periphere Blutwerte, ungefärbte BB-Ausstriche)			
Für den laborinternen Gebrauch: (nach Absprache mit zuständigen Hämatologen) <input type="checkbox"/> Zytogenetik <input type="checkbox"/> Fe <input type="checkbox"/> Molekulare Diagnostik <input type="checkbox"/> Myeloperoxidase <input type="checkbox"/> NGS <input type="checkbox"/> Sudanschwarz <input type="checkbox"/> LST <input type="checkbox"/> Kombinierte Esterase <input type="checkbox"/> BCLPD <input type="checkbox"/> Unspezifische Esterase (ANBE) <input type="checkbox"/> PCST <input type="checkbox"/> Chloracetat-Esterase (CAE) <input type="checkbox"/> PCD <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/> ALOT <input type="checkbox"/> Toluidinblau		Laboretikette	