Universitätsklinikum
Frankfurt am Main

BCR-ABL-Untersuchung

Zentrum der Inneren Medizin
Medizinische Klinik II
Labor für MRD-Diagnostik
Haus 23 A, UG, Raum 0A 128
Theodor-Stern-Kai 7
60590 Frankfurt am Main

Tel: 069/6301-83044 (Fax: -83046)
Rückfragen an: Dr. H. Pfeifer

Einsenderstempel:

Datum Probenentnahme:

_____

Patientendaten: ***(Patientenetikett falls vorhanden)***

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Eingangsnummer:

Datum (Laboreingang):

Diagnose: **O** Ph+ ALL **O** CML **O** Anderes: _____

Bruchpunkt (falls bekannt): O m-Bcr-Abl O M-Bcr-Abl

Material: **O Knochenmark** *(ca. 5 ml in EDTA)* **O peripheres Blut** *(ca.10 ml in EDTA)* **O Stammzellapherisat**

Therapiephase:

ALL-Pat. < 55 J.:

O Primärdiagnostik (Tag 1)
O unter Induktion I (Tag 11)
O vor Induktion II (Tag 26)
O nach Induktion II (Tag 46)
O vor Konsolidation I (Tag 71)
O vor Konsolidation II (Woche 16)
O vor KMT
O nach KMT Monat nach KMT:____
oder Tag nach KMT:_____

ALL-Pat. > 55 J.)

O Primärdiagnostik (Tag 1)
O nach Induktion I (Tag 20)
O nach Induktion II (Tag 36)
O vor Konsolidation I (Woche 10)
O vor Konsolidation II (Woche 17)
O vor Reinduktion (Woche 24)
O vor Konsolidation III (Woche 32)
O vor Konsolidation IV (Woche 41)
O Ende 1. Therapiejahr (Woche 52)
O Nachbeobachtung (Monat:__)

O anderer Zeitpunkt/andere Therapie:

_____
_____
_____

Name und Unterschrift des Einsenders: _____