

Einsendeschein:

Universitätsklinikum Frankfurt
 Klinik für Kinder- und Jugendmedizin
 Prof. Dr. med. Jan-Henning Klusmann
 Hämatologie Labor: Haus 32D, EG Raum D34
 Theodor-Stern-Kai 7
 60590 Frankfurt (Main)

Tel.: +49 69 6301 84655
 FAX: +49 69 6301 6700
 e-Mail: KKJM_ML-DS@kgu.de
www.leukemia-research.de/ml-ds

Einsender (Stempel):

Arzt/Ärztin: _____
 Telefon: _____
 Email: _____

Patient (Etikett):

Name: _____
 Vorname: _____
 Geb.-Datum: _____
 Geschlecht: männlich weiblich

Abklärung/Erstdiagnose: V.a. ML-DS V.a. TAM V.a. ML-DS Rezidiv

Verlaufsprobe Myeloische Leukämie assoziiert mit Down-Syndrom (ML-DS)

Erstdiagnosedatum: _____
 Start des letzten Therapieblocks: _____

Verlaufsprobe Transiente abnormale Myelopoese (TAM/ TMD)

Erstdiagnosedatum: _____
 Start des letzten Therapieblocks: _____

optional

Zeitpunkt:

Blutbild (bitte immer mit angeben):

Hb mmol/L g/dl	Leukozyten (G/L)	Thromboz. (G/L)	Granulozyten (G/L)	Blasten (%)	Liquorzellzahl /µl /3

Entnahmedatum: _____

1. Morphologie

(Erstdiagnose und Verlauf)

Blutausstriche (min. 6, ungefärbt, ohne Antikoagulantien)

Knochenmarksausstriche (min. 6, ungefärbt, ohne Antikoagulantien)

Liquorpräparate (2 ungefärbte Zytocentrifugenpräparate, bitte Zellzahl angeben)

2. Immunphänotypisierung

(Erstdiagnose und MRD)

Knochenmark (5ml Heparin oder EDTA)

Blut (5ml Heparin oder EDTA)

3. Molekulargenetik

(Erstdiagnose und MRD)

Knochenmark (5ml heparinisiert; alternativ 5 ml EDTA bis zu 48h bei Raumtemperatur lagern)

Blut (5ml heparinisiert; alternativ 5 ml EDTA bis zu 48h bei Raumtemperatur lagern)

!!! Bitte per Expresszustellung bis 9:00 Uhr des Folgetages verschicken und am Vortag per E-Mail an KKJM_ML-DS@kgu.de ankündigen!!!
Samstagszustellung und Feiertagszustellung bitte nur nach tel. Rücksprache (+49 151 17190251)

Bitte Material für die Zytogenetik an das Institut für Humangenetik, MHH, Prof. Dr. B. Schlegelberger
!! Kosten von zytogenetischen Verlaufsuntersuchungen können nicht von der AML-BFM-Studie übernommen werden !!