



Name	Geschlecht(m/w)
Vorname	Geb.-Datum
Patientenklebchen	
Anschrift	

Labornummer:
(wird vom Speziallabor vergeben)

Auftrag zur hämatologischen Spezialuntersuchung

Diagnose/Verdacht auf/Fragestellung:	Einsender:
	Telefonnr.:
	Entnahmedatum: Uhrzeit:
	Unterschrift/ Stempel Anforderer:
<input type="radio"/> Erstuntersuchung <input type="radio"/> Verlaufskontrolle <input type="radio"/> Rezidiv	

Eingang im Labor:

Externe Einsender: Vorbefunde bitte beilegen!

Blutbild (EDTA-Blut)	
<input type="checkbox"/> venös (mindestens 4,5 ml)	<input type="checkbox"/> kapillär (200 µl)
<input type="checkbox"/> kleines Blutbild	<input type="checkbox"/> Retikulozyten
<input type="checkbox"/> manuelles Differentialblutbild	<input type="checkbox"/> Fragmentozyten
<input type="checkbox"/> maschinelles Differentialblutbild	

Zytomorphologie	
<input type="checkbox"/> Knochenmark (5-10 ml Citrat)	<input type="checkbox"/> Pleuraerguss (3-5 ml nativ)
<input type="checkbox"/> Liquor (3-5 ml nativ)	<input type="checkbox"/> BAL (3-5 ml nativ)
<input type="checkbox"/> Aszites (3-5 ml nativ)	<input type="checkbox"/> andere:
<input type="checkbox"/> Perikarderguss (3-5 ml nativ)	

Immunphänotypisierung (FACS)		
Material:		
<input type="checkbox"/> Blut (4,5 ml Heparin oder EDTA)	<input type="checkbox"/> Pleuraerguss (3-5 ml nativ)	
<input type="checkbox"/> Knochenmark (4,5 ml Heparin)	<input type="checkbox"/> BAL (3-5 ml nativ)	
<input type="checkbox"/> Liquor (3-5 ml nativ)	<input type="checkbox"/> Perikarderguss (3-5 ml nativ)	
<input type="checkbox"/> Aszites (3-5 ml nativ)	<input type="checkbox"/> andere:	
Panel/spezielle Antikörper:		
<input type="checkbox"/> AML	<input type="checkbox"/> CD19/CD20-Zellzahl	<input type="checkbox"/> andere:
<input type="checkbox"/> B-ALL	<input type="checkbox"/> Immunstatus (nur EDTA-Blut)	
<input type="checkbox"/> T-ALL/T-NHL	<input type="checkbox"/> PNH (nur EDTA-Blut)	
<input type="checkbox"/> indolentes B-NHL	<input type="checkbox"/> CD34-Zellzahl (nur EDTA-Blut)	

Molekularbiologie (PCR)		
(20 ml Heparin-Blut <u>oder</u> 5 ml Knochenmark)		
<input type="checkbox"/> PML/RAR α [t(15;17)] (AML)	<input type="checkbox"/> BCR/ABL [t(9;22)] ^v (CML, ALL, MPN)	<input type="checkbox"/> MPL-W515 ^v (MPN)
<input type="checkbox"/> AML1/ETO [t(8;21)] (AML)	<input type="checkbox"/> JAK2-V617F ^v (MPN)	<input type="checkbox"/> NPM1 ^v (AML)
<input type="checkbox"/> CBF β /MYH11 [inv(16)] (AML)	<input type="checkbox"/> CALR ^v (MPN)	<input type="checkbox"/> FLT3-ITD ^v (AML)

Spezielle Blut-Untersuchungen (mindestens 4,5 ml Blut)	
<input type="checkbox"/> Thrombozytenzählung in 3 Medien	jeweils 4,5 ml EDTA-, Citrat- und Heparin-Blut Sofortbestimmung, Abnahmeuhrzeit vermerken
<input type="checkbox"/> Malarianachweis	EDTA-Blut
<input type="checkbox"/> osmotische Resistenz ^v	Heparin-Blut
<input type="checkbox"/> Sichelzelltest ^v	Citrat-Blut, sofortige Einsendung