



GMALL: Einsendebogen MRD

Einsender:

Klinikanschrift (*Stempel*)

Patientendaten:

Patientenetikett (*falls vorhanden*)

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Straße _____

Wohnort _____

Diagnose:

ALL, Ph+ Anderes: _____

Bcr-Abl -Bruchpunkt (falls bekannt): _____

Abrechnung:

GKV (gesetzlich) **PKV** (privat)
 Ambulant (Ü-Schein) Ambulant
 Ambulant (§116b) Stationär
 Stationär/Rechnung an Klinik Selbstzahler

Material:

Datum Materialentnahme: _____

Knochenmark peripheres Blut Sonstiges: _____
ca. 5-10 ml in EDTA ca. 10 ml in EDTA

Anforderung:

O Bcr-Abl (quantitativ)

Erfolgt automat., wenn nichts angekreuzt.
Wenn der Bcr-Abl Bruchpunkt nicht bekannt
ist, wird zusätzl. ein Sreening durchgeführt.

O Nested PCR (qualitativ)

Wird bei Bcr-Abl-Negativität oder bei Positivität < 10 Kopien
automat. nachgesetzt. Wenn nicht gewünscht bitte hier vermerken:

O Mutationsanalyse

Erfolgt nur auf Anforderung und
in Kombination mit quant. Bcr-Abl

Status bei Materialentnahme:

Primärmaterial Verlaufsmaterial Rezidiv
Blastenanteil _____ % Therapiezeitpunkt nachfolgend spezifizieren Verdacht auf gesichert

Therapiezeitpunkt:

- Primärdiagnose
- nach Induktion I
- vor Induktion II
- nach Induktion II
- vor Konsolidation I
- nach Konsolidation I / vor Konsolidation II
- vor Reinduktion
- vor Konsolidation III
- vor Konsolidation IV
- vor Konsolidation V
- nach Konsolidation VI
- Erhaltungstherapie Monat _____
- Nachbeobachtung Monat _____

Studie:

- GMALL 08
- GMALL Register
- GMALL 07/2003
- GMALL Elderly 01/2003
- EWALL PH-02/Nilotinib
- GMALL PH-02
- Andere _____
- vor KMT
- nach KMT Monat / Tag: _____

anderer Zeitpunkt / Therapiephase: _____

Anfordernder Arzt (Druckschrift): _____ Tel: _____

Anfordernder Arzt Unterschrift: _____ FAX: _____