



# Übersicht Materialversand IntReALL HR 2010

**Diagnose** ⇒ bitte für alle Labore die Register-Versandscheine benutzen !

## Untersuchungsmaterial

## Referenzlabor (Adressen s. Übersicht Referenzlabore)

5 ungefärbte KM-Ausstriche (aus der 1. Spritze) 5 ungefärbte Blut-Ausstriche 2 ungefärbte Liquor-Präparate	⇒	<b>1. Morphologie</b> PD Dr. A. von Stackelberg Charité – Campus Virchow Klinikum
2-3 x 5 ml heparin. KM 5-10 ml heparin. Blut Im Fall von extramedullärer Beteiligung: 1-2 ungefärbte Liquor-Präparate bzw. Tupfpräparate Liquor Gewebe (frisch)	⇒	<b>2. MRD-PCR / Molekulargenetik / Biobanking</b> PD Dr. C. Eckert Charité – Campus Virchow Klinikum
2-5 ml heparin. KM	⇒	<b>3. Immunphänotypisierung</b> Dr. L. Karawajew / PD Dr. C. Eckert Charité – Campus Virchow Klinikum
5 ml heparin. KM	⇒	<b>4. Zytogenetik</b> <b>a.</b> Dr. J. Bradtke Universitätsklinikum Gießen und Marburg <u>oder</u> <b>b.</b> Dr. S. Türkmen Labor Berlin

**Verlaufskontrollen** IntReALL-Versandscheine (nur Study-ID / Geburtsdatum nur Monat und Jahr)

## Untersuchungsmaterial

## Referenzlabor

2 ungefärbte KM-Ausstriche (aus der 1. Spritze) 2 ungefärbte Blut-Ausstriche 2 ungefärbte Liquor-Präparate	⇒	<b>1. Morphologie</b> PD Dr. A. von Stackelberg Charité – Campus Virchow Klinikum
5-10 ml heparin. KM	⇒	<b>2. MRD-PCR</b> PD Dr. C. Eckert Charité – Campus Virchow Klinikum
5 ml heparin. KM 5 ml heparin. Blut	⇒	<b>5. MRD-Flow</b> Dr. L. Karawajew / PD Dr. C. Eckert Charité – Campus Virchow Klinikum



## Übersicht Referenzlabore IntReALL HR 2010

Ansprechpartner	Versandadresse
<p><b>1. Morphologie</b></p> <p><b>PD Dr. A. von Stackelberg</b>            Tel: (030) 450 - 666 833            arend.stackelberg@charite.de</p>	
<p><b>2. MRD – PCR, Molekulargenetik, Biobanking</b></p> <p><b>PD Dr. C. Eckert</b>            Tel: (030) 450 - 666 088            cornelia.eckert@charite.de</p>	<p>Charité – Campus Virchow Klinikum            Päd. Onkologie / Hämatologie  <b>Molekulargenetisches Referenzlabor</b>            (Interne Geländeadresse: Mittelallee 6a,            1. OG – Forschungsebene)            Augustenburger Platz 1            13353 Berlin</p>
<p><b>3. Immunphänotypisierung, MRD-Flow</b></p> <p><b>Dr. L. Karawajew</b>            Tel: (030) 450 - 659 494            leonid.karawajew@charite.de</p> <p>Tel: (030) 450 - 666 088            cornelia.eckert@charite.de</p>	
<p><b>4. Zytogenetik</b></p> <p><b>Dr. J. Bradtke</b>            Tel: (0641) 985 – 411 01            jutta.bradtke@paediat.med.uni-giessen.de</p> <p>oder</p> <p><b>Dr. S. Türkmen</b>            Tel: (030) 450 - 569 117/139            seval.tuerkmen@charite.de</p>	



# INTREALL HR 2010

Materialbegleitschein für  
**HOCH-RISIKO Patienten**

## Morphologie, MRD PCR, Biobanking

Charité – Campus Virchow Klinikum  
Päd. Onkologie / Hämatologie  
**Molekulargenetisches Referenzlabor**  
(Intern: Mittelallee 6a, 1. OG - Forschungsebene)  
Augustenburger Platz 1  
13353 Berlin

Einsendende Klinik (Stempel)

### Patient

Study-ID: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (MM/JJJJ)

### Blutbild

Leukozyten [ / $\mu$ l]: \_\_\_\_\_ Thrombozyten [ / $\mu$ l]: \_\_\_\_\_ Hb: \_\_\_\_\_ g/dl *oder* \_\_\_\_\_ mmol/l  
Liquorzellzahl [ / $\mu$ l]: \_\_\_\_\_ Liquor makroskopisch, Kontamination mit Blut:  ja  nein

### Untersuchungsmaterial

#### Verlaufskontrollen

Datum der Entnahme: \_\_\_\_\_

- |  |  |   |  |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> KM (Heparin)  | <input type="checkbox"/> Blut (Heparin)  | <input type="checkbox"/> Liquor           | <input type="checkbox"/> _____                   |
| <input type="checkbox"/> KM-Ausstriche | <input type="checkbox"/> Blut-Ausstriche | <input type="checkbox"/> Liquor-Zytospins | <input type="checkbox"/> Tupfpräparate von _____ |

Zeitpunkt während der Therapie:

*Risikogruppe*

**Hochrisiko**

*Therapiearm*

**HR-A**

**HR-B**

#### Therapiezeitpunkt

- |                             |                          |                          |
|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • Beginn Woche 5            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Beginn Woche 8            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Beginn Woche 11           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Beginn Woche 15 (vor KMT) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • anderer Zeitpunkt _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Datum: \_\_\_\_\_ Name des Einsenders: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

Tel.- Nr. für Rückfragen: \_\_\_\_\_ Fax-Nr. für MRD-Befund: \_\_\_\_\_



# INTREALL HR 2010

## HOCH-RISIKO Patienten

### für extramedulläres Untersuchungsmaterial

Materialbegleitschein für

### **Molekulargenetische/-biologische Begleituntersuchungen, Biobanking**

Charité – Campus Virchow Klinikum  
Päd. Onkologie / Hämatologie

Einsendende Klinik (Stempel)

**Molekulargenetisches Referenzlabor**  
(Intern: Mittelallee 6a, 1. OG - Forschungsebene)  
Augustenburger Platz 1  
13353 Berlin

#### Patient

Study-ID: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (MM/JJJJ)

#### Untersuchungsmaterial

Datum der Entnahme: \_\_\_\_\_

#### **○ Liquor**

- ♦ 2 – 5 ml sofort 10min bei 450 x g zentrifugieren  
♦ Überstand und Pellet getrennt, wenn möglich auf Trockeneis, versenden

#### ODER

- wenn Zentrifugieren nicht möglich, **sofortige** Versendung des Liquors mit einem Express-Dienst (Ankunftszeit: vor 10:00 Uhr)

UND Zytospins (3-5) - ungekühlt bei Raumtemperatur verschicken

#### **○ Hoden (○ rechts / ○ links)    ○ Lymphknoten    ○ anderes Gewebe: \_\_\_\_\_**

- Tupfpräparate

- nativ: ♦ von zwei verschiedenen Orten (wenn möglich)  
♦ keine Fixierung mit Formalin  
♦ in Kochsalz- oder Kulturmedium einsenden

oder/und

- gefrorene Schnitte (10 x 10µm) / oder schockgefrorenes Stück auf Trockeneis einsenden

und

- Paraffinblock

Datum: \_\_\_\_\_ Name des Einsenders: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

Tel.- Nr. für Rückfragen: \_\_\_\_\_



# INTREALL HR 2010

Materialbegleitschein für  
**HOCH-RISIKO Patienten**

## MRD-Flow

Charité – Campus Virchow Klinikum  
Päd. Onkologie / Hämatologie  
**Molekulargenetisches Referenzlabor**  
(Intern: Mittelallee 6a, 1. OG - Forschungsebene)  
Augustenburger Platz 1  
13353 Berlin

**Einsendende Klinik (Stempel)**

### Patient

Study-ID: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (MM/JJJJ)

### Untersuchungsmaterial

#### **Während der Therapie – MRD-Bestimmung**

Datum der Entnahme: \_\_\_\_\_

Knochenmark (Heparin)     Blut (Heparin)     Liquor     \_\_\_\_\_

Zeitpunkt während der Therapie:

*Risikogruppe*

**Hochrisiko**

*Therapiearm*

**HR-A**

**HR-B**

#### **Therapiezeitpunkt**

• Beginn Woche 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Beginn Woche 8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Beginn Woche 11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Beginn Woche 15 (vor KMT)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• anderer Zeitpunkt _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum: \_\_\_\_\_ Name des Einsenders: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

Tel.- Nr. für Rückfragen: \_\_\_\_\_ Fax-Nr. für Befund: \_\_\_\_\_