

# Übersicht Materialversand REGISTER ALL-REZ BFM

## Diagnose

### Untersuchungsmaterial

5 ungefärbte KM-Ausstriche (aus der 1. Spritze)  
5 ungefärbte Blut-Ausstriche  
2 ungefärbte Liquor-Präparate



### Referenzlabor (Adresse siehe Übersicht Referenzlabore)

**1. Morphologie**  
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)



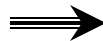
**2. MRD-PCR / Molekulargenetik / Biobanking**  
PD Dr. C. Eckert  
Charité – Campus Virchow Klinikum

2-5 ml heparin. KM



**3. Immunphänotypisierung**  
Dr. L. Karawajew / PD Dr. C. Eckert  
Charité – Campus Virchow Klinikum

5 ml heparin. KM



**4. Zytogenetik**  
**a.** Dr. J. Bradtke  
Universitätsklinikum Gießen und Marburg  
oder  
**b.** Dr. S. Türkmen  
Labor Berlin

## Verlaufskontrollen

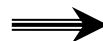
### Untersuchungsmaterial

2 ungefärbte KM-Ausstriche (aus der 1. Spritze)  
2 ungefärbte Blut-Ausstriche  
2 ungefärbte Liquor-Präparate



**1. Morphologie**  
PD Dr. A. von Stackelberg  
Charité – Campus Virchow Klinikum

5-10 ml heparin. KM



**2. MRD-PCR**  
PD Dr. C. Eckert  
Charité – Campus Virchow Klinikum

5 ml heparin. KM



**5. MRD-Flow**  
Dr. L. Karawajew / PD Dr. C. Eckert  
Charité – Campus Virchow Klinikum

## Übersicht Referenzlabore REGISTER ALL-REZ BFM

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>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>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><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>	

## REGISTER ALL-REZ BFM

Materialbegleitschein für

### Morphologie, MRD PCR, Molekulargenetik (Fusionsgene), Biobanking

Charité – Campus Virchow Klinikum

Einsendende Klinik (Stempel)

Päd. Onkologie / Hämatologie

**Molekulargenetisches Referenzlabor**

(Intern: Mittelallee 6a, 1. OG - Forschungsebene)

Augustenburger Platz 1

13353 Berlin

#### Patient

Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

#### Diagnose

V. a. Rezidiv

1. Rezidiv

2. Rezidiv

#### Blutbild

Leukozyten [ / $\mu$ l]: \_\_\_\_\_ Thrombozyten [ / $\mu$ l]: \_\_\_\_\_ Hb: \_\_\_\_\_ g/dl oder \_\_\_\_\_ mmol/l

Liquorzellzahl [ / $\mu$ l]: \_\_\_\_\_ Liquor makroskopisch, Kontamination mit Blut:  ja  nein

#### Untersuchungsmaterial

**Bei Rezidivdiagnose – Zytologische Untersuchung / Submikroskopische Knochenmarkbeteiligung**

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

KM (Heparin)

Blut (Heparin)

Liquor

\_\_\_\_\_

KM-Ausstriche

Blut-Ausstriche

Liquor-Zytospins

Tupfpräp. von \_\_\_\_\_

**Während der Therapie – Zytologische Untersuchung / MRD-Bestimmung**

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

KM (Heparin)

Blut (Heparin)

Liquor

\_\_\_\_\_

KM-Ausstriche

Blut-Ausstriche

Liquor-Zytospins

Tupfpräp. von \_\_\_\_\_

Zeitpunkt während der Therapie:

vor dem F2-Block

Beginn Dauertherapie

vor Prot. II-IDA

Ende Dauertherapie

Tag 15 Prot. II-IDA

Tag 29 Prot. II-IDA

vor SZT

vor dem 1. R1-Block

vor dem 1. R2-Block

anderer Zeitpunkt \_\_\_\_\_

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

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

## REGISTER ALL-REZ BFM

### für extramedulläres Untersuchungsmaterial

Materialbegleitschein für

### Molekulargenetische/-biologische Begleituntersuchungen, Biobanking

Charité – Campus Virchow Klinikum

Einsendende Klinik (Stempel)

Päd. Onkologie / Hämatologie

**Molekulargenetisches Referenzlabor**

(Intern: Mittelallee 6a, 1. OG - Forschungsebene)

Augustenburger Platz 1

13353 Berlin

#### Patient

Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

#### Diagnose

V. a. Rezidiv

1. Rezidiv

2. Rezidiv

#### 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: \_\_\_\_\_

## REGISTER ALL-REZ BFM

Materialbegleitschein für  
**Immunphänotypisierung**

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

Einsendende Klinik (Stempel)

### Patient

Name: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

männlich  weiblich

### Klinische (Verdachts-)Diagnose:

#### Blutbild:

Leukozyten(/ $\mu$ l): \_\_\_\_\_ Blasten(%): \_\_\_\_\_

Thrombozyten(/ $\mu$ l): \_\_\_\_\_ HB (g/dl): \_\_\_\_\_

Lymphozyten (%): \_\_\_\_\_ Granulozyten(%): \_\_\_\_\_

#### Organvergrößerung:

#### Lymphome:

Zytostatische Vorbehandlung:  ja  nein

Datum der letzten Chemotherapie: \_\_\_\_\_

Wurden in den letzten Wochen monoklonale Antikörper (z.B. Blinatumomab) verabreicht:  ja  nein

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_ Datum der letzten Gabe: \_\_\_\_\_

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

#### Untersuchungsmaterial:

\_\_\_\_\_ ml peripheres Blut

\_\_\_\_\_ ml Knochenmark

\_\_\_\_\_ ml Liquorpunktat

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

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

Patient

Einsender

Humangenetik  
Direktor: Prof. Dr. S. Mundlos

Tumorzytogenetik  
Leitung: Dr. Seval Türkmen

Kontakt  
Tel. +49 (30) 45 05 69-139/117  
Fax +49 (30) 45 05 69-996  
E-mail: seval.tuerkmen@laborberlin.com  
www.laborberlin.com/humangenetik

**REGISTER ALL-REZ BFM**  
Begleitschein für  
**Zytogenetik (Karyotypisierung und FISH)**

Datum: ..... Arzt: ..... Tel. bei Rückfragen: .....

**Klinische Angaben**

Anamnese: .....

Diagnose: .....

Verdacht auf     gesichert    Erstdiagnose, Datum: .....

Fragestellung: .....

.....

Chemotherapie:     nein     ja

Transplantation:     nein     ja    Geschlecht Spender:     weibl.     männl.    Datum: .....

Leukozyten:    / $\mu$ l

Blut (%) Blasten:    Knochenmark (%) Blasten:

**Untersuchungsauftrag**

**Material** (Zusatz: Na-Heparin)

5 ml Knochenmark     10 ml peripheres Blut     anderes Material: .....

Abnahmedatum: .....

**Bitte unbedingt zytogenetischen Vorbefund von der Ersterkrankung mitsenden!!!**

**REGISTER ALL-REZ BFM**  
Einsendebogen für  
**Zytogenetik (Karyotypisierung, FISH)**

**vom Einsender auszufüllen**

**Patientendaten**

Name: .....

Vorname: .....

Geburtsdatum: .....

Geschlecht:  w  m

**Einsender**

Ärztin / Arzt: .....

Klinik: .....

Straße: .....

PLZ Ort: .....

**Telefon:**  
.....

**(Verdachts-)Diagnose, klinische Symptomatik:** .....

Rezidiv  V. a. Rezidiv

Z. n. SZT  geschlechtsdifferent

Aktuelle Leukozytenzahl im peripheren Blut: .....

Bemerkungen: (z.B. sek. Leukämie, Down-Syndrom, Systemerkrankung): .....

**Untersuchungsmaterial:** Abnahme-Datum: .....

**Knochenmark:** Blasten ..... %

Heparin (3-5 ml)  EDTA (ca. 3 ml)  6 Ausstriche (nativ)

**Blut:** Blasten ..... %

Heparin  EDTA  6 Ausstriche (nativ)

**Sonstiges:** .....

.....  
Datum

.....  
Name und Stempel

.....  
Unterschrift  
des einsendenden Arztes

Heparinkonzentration von 10 i.E./ml Untersuchungsmaterial bitte nicht überschreiten.  
Zustellung per Kurier/Postexpressdienst für den Folgetag vor 10:00 Uhr; ggf. auch Samstagszustellung.

**wird vom Labor ausgefüllt**

Eingangsdatum: ..... Eingangsnummer: .....

KM: ..... Buffy / .....h Kultur  Nativ / sonstiges: .....

pB: ..... Buffy / .....h Kultur  Nativ / .....

Bemerkung: .....

# REGISTER ALL-REZ BFM

Materialbegleitschein für

## 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

Name: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

### Untersuchungsmaterial

#### Während der Therapie – MRD-Bestimmung

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

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

Wurden in den letzten Wochen monoklonale Antikörper (z.B. Blinatumomab) verabreicht:  ja  nein

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_ Datum der letzten Gabe: \_\_\_\_\_

#### Zeitpunkt während der Therapie:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> vor dem F2-Block    | <input type="checkbox"/> Beginn Dauertherapie    |
| <input type="checkbox"/> vor Prot. II-IDA    | <input type="checkbox"/> Ende Dauertherapie      |
| <input type="checkbox"/> Tag 15 Prot. II-IDA |  |
| <input type="checkbox"/> Tag 29 Prot. II-IDA | <input type="checkbox"/> vor SZT                 |
| <input type="checkbox"/> vor dem 1. R1-Block |  |
| <input type="checkbox"/> vor dem 1. R2-Block | <input type="checkbox"/> anderer Zeitpunkt _____ |

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

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