

Abteilung für Molekulare MRD-Diagnostik - Sekretariat DW 4800, Labor DW 4031, Fax DW 7150

## ZUWEISUNG - Molekularer Nachweis der minimalen Resterkrankung (MRD) bei ALL im Rahmen der AIEOP-BFM 2017 Therapiestudie

An die  
Labdia Labordiagnostik GmbH  
Abteilung für Leukämiebiologie

Zimmermannplatz 10/1. Stock  
1090 Wien

Stempel der zuweisenden Klinik

Patientendaten (Etikette):

Zu-/Vorname:

männlich  weiblich

Geburtsdatum:

SVNR:

Zuweisende Stelle/Arzt:

Zuweisender Arzt:

FAX Nummer<sup>1</sup>:

Datum/Unterschrift:

Zuweisungsgrund: \_\_\_\_\_

BCP ALL				TCP ALL			
<input type="checkbox"/>	early non-HR	<input type="checkbox"/>	early HR	<input type="checkbox"/>	SR	<input type="checkbox"/>	early non-SR
<input type="checkbox"/>	SR	<input type="checkbox"/>	MR	<input type="checkbox"/>	MR	<input type="checkbox"/>	non-HR
<input type="checkbox"/>	HR	<input type="checkbox"/>	experimental Group	<input type="checkbox"/>	HR	<input type="checkbox"/>	experimental Group

Bitte Protokolltag ankreuzen und Abnahmedatum ausfüllen

MRD bei Ersterkrankung				MRD bei SCT		
<input type="checkbox"/>	Diagnose Datum:	<input type="checkbox"/>	MRD TP HR1 (nach HR1) Datum:	<input type="checkbox"/>	vor SCT Datum:	
<input type="checkbox"/>	Protokolltag 15 Datum:	<input type="checkbox"/>	MRD TP HR2 (nach HR2) Datum:	<input type="checkbox"/>	SCT Tag 28 Datum:	
<input type="checkbox"/>	MRD TP 1 (Protokolltag 33) Datum:	<input type="checkbox"/>	MRD TP HR3 (nach HR3) Datum:	<input type="checkbox"/>	SCT Tag 60 Datum:	
<input type="checkbox"/>	MRD TP 1a/b (Tag 64/57) Datum:	<input type="checkbox"/>	MRD TP HR BLINA1 D15 Datum:	<input type="checkbox"/>	SCT Tag 100 Datum:	
<input type="checkbox"/>	MRD TP 2 (Tag 78/92) Datum:	<input type="checkbox"/>	MRD TP HR BLINA1 D29 Datum:	<input type="checkbox"/>	SCT Tag 180 Datum:	
<input type="checkbox"/>	MRD TP 3 (vor Protokoll II) Datum:	<input type="checkbox"/>	MRD TP HR BLINA2 D29 Datum:	<input type="checkbox"/>	SCT Tag 270 Datum:	
<input type="checkbox"/>	MRD TP MR BLINA d1 (BLINA__) Datum:	<input type="checkbox"/>	MRD TP D/F (Dauno-FLA) Datum:	<input type="checkbox"/>	SCT Tag 360 Datum:	
<input type="checkbox"/>	MRD TP MR BLINA d29 (BLINA__) Datum:	<input type="checkbox"/>	vor ____ Protokoll III Datum:	<b>Dringlichkeit</b>		
<input type="checkbox"/>	MRD TP MR contr1 (vor DT) Datum:	<input type="checkbox"/>	1 Jahr nach Diagnose (HR) Datum:			<input type="checkbox"/> Standard (innerhalb 1-2 Wochen)
<input type="checkbox"/>	MRD TP MR contr2 (4 Wo. DT) Datum:	<input type="checkbox"/>	Therapieende (HR) Datum:			<input type="checkbox"/> MRD mit nächster Analyse
<input type="checkbox"/> ASAP (innerhalb von 5 Werktagen)						
Zusätzliche MRD Bestimmung						
Material: <input type="checkbox"/> PB <input type="checkbox"/> KM Protokollzeitpunkt: _____ Datum: _____						

Bitte beachten Sie die jeweils gültigen gesetzlichen Versandvorschriften der Post für biologisches Material!  
<sup>1</sup> Ich bestätige, dass das Fax-Gerät vor unbefugtem Zugriff geschützt ist. (Falls nicht zutreffend, bitte streichen.)  
Information über unser gesamtes diagnostisches Angebot finden Sie auf unserer Homepage: [www.labdia.at](http://www.labdia.at)