

Stempelbereich (Freigabestempel, Eingangsstempel)

Zuweisende Stelle (bitte Stempel, alternativ Druckschrift)

Name/Klinik:
Abteilung:
Ort:
Telefon:

Kostenträger:

Zuweisende Stelle Patient*in / Sonstiges (Kostenübernahmeerklärung)

Zuweisende Ärzt*in

Name:
Telefon:
E-Mail:

Angaben zur Patient*in (bitte Etikett, alternativ Druckschrift)

Nachname:
Vorname:
Biologisches Geschlecht: W M SVNR/Geburtsdatum: SVNR / tt mm jjjj
Studie: Studiennr.:
EUPID:

Zuweisungsgrund

Untersuchung

MRD bei AIEOP-BMF 2017

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Bei Diagnose
Datum: | <input type="checkbox"/> MRD TP HR1 (nach HR1)
Datum: |
| <input type="checkbox"/> Protokolltag 15
Datum: | <input type="checkbox"/> MRD TP HR2 (nach HR2)
Datum: |
| <input type="checkbox"/> MRD TP 1 (Protokolltag 33)
Datum: | <input type="checkbox"/> MRD TP HR3 (nach HR3)
Datum: |
| <input type="checkbox"/> MRD TP 1a/b (Tag 64/57)
Datum: | <input type="checkbox"/> MRD TP HR BLINA1 D15
Datum: |
| <input type="checkbox"/> MRD TP 2 (Tag 78/92)
Datum: | <input type="checkbox"/> MRD TP HR BLINA1 D29
Datum: |
| <input type="checkbox"/> MRD TP 3 (vor Protokoll II)
Datum: | <input type="checkbox"/> MRD TP HR BLINA2 D29
Datum: |
| <input type="checkbox"/> MRD TP MR BLINA d1
Datum: | <input type="checkbox"/> MRD TP D/F (Dauno-FLA)
Datum: |
| <input type="checkbox"/> MRD TP MR BLINA d29
Datum: | <input type="checkbox"/> vor Protokoll III
Datum: |
| <input type="checkbox"/> MRD TP MR contr1 (vor DT)
Datum: | <input type="checkbox"/> 1 Jahr nach Diagnose (HR)
Datum: |
| <input type="checkbox"/> MRD TP MR contr2 (4. Woche DT)
Datum: | <input type="checkbox"/> Therapieende (HR)
Datum: |

MRD bei Interfant

- Bei Diagnose
Datum:
- Protokolltag 15 (TP 1)
Datum:
- Protokolltag 33 (TP 2)
Datum:
- vor MAE (TP 3)
Datum:
- vor MARMA (TP 4)
Datum:
- vor OCTADA(D) (TP 5)
Datum:
- vor Dauertherapie (TP 6)
Datum:
- während Dauertherapie (TP 6b)
Datum:
- Therapieende (TP 7)
Datum:

MRD bei SCT

- vor SCT
Datum:
- SCT Tag 28
Datum:
- SCT Tag 60
Datum:
- SCT Tag 100
Datum:
- SCT Tag 180
Datum:
- SCT Tag 270
Datum:
- SCT Tag 360
Datum:

Zusätzliche MRD Bestimmung

Material: PB KM

Protokollzeitpunkt: Datum:

Dringlichkeit

- Standard** (innerhalb 1-2 Wochen)
- MRD Untersuchung** (mit nächstem Sample)
- ASAP** (innerhalb 5 Werktage)