

WEITERE HÄMATOLOGISCHE UNTERSUCHUNGEN

Probenmaterial (für jedes Material ein separates Formular verwenden)

- Blut (PB) Lymphknoten (in NaCl 0.9%) Anderes Material: _____
- Knochenmark (KM) Pleura (nativ) / EDTA
- Liquor (nativ und Transfix-Röhrchen*) Aszites (nativ) / EDTA

Klinische Angaben / Diagnose (für Knochenmark-Diagnostik, Immunphänotypisierung und molekulare Diagnostik)

- | | | |
|--|--|---|
| <p><input type="checkbox"/> Verdacht auf</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Akute Leukämie <input type="checkbox"/> Akute myeloische Leukämie <input type="checkbox"/> Myelodysplastisches Syndrom <input type="checkbox"/> Chronische myeloische Leukämie | <p><input type="checkbox"/> Diagnose bekannt, Verlauf</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Chronische lymphatische Leukämie <input type="checkbox"/> B-Zell Lymphom <input type="checkbox"/> T-Zell Lymphom <input type="checkbox"/> Plasmazellmyelom/MGUS | <p><input type="checkbox"/> Diagnose bekannt, Verdacht auf Rezidiv</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Polycythaemia vera <input type="checkbox"/> Essentielle Thrombozythämie <input type="checkbox"/> Primäre Myelofibrose <input type="checkbox"/> Anderes: _____ |
|--|--|---|

Therapie/wichtige klinische Bemerkungen: _____

Antikörper-Therapie: nein ja: _____

Zuständige Ansprechperson: _____ Tel.: (für dringende Rückmeldung) _____

KNOCHENMARK-ZYTOMORPHOLOGIE

Für externe Einsender: 2 Blut- und 6-10 Knochenmarksausstriche mitsenden.
Alternativ KM Material in halbgefülltem EDTA Röhrchen. Bitte Blutwerte beilegen.

- Knochenmark-Zytomorphologie
- Probenannahme Montag - Donnerstag bis 17 Uhr, Freitag bis 12 Uhr, später nur nach Rücksprache (061 556 54 73)**

IMMUNPHÄNOTYPISIERUNG

Für externe Einsender: Blutwerte inkl. 1 PB-Ausstrich und ggf. 1 KM-Ausstrich mitsenden.
Peripheres Blut (PB) EDTA mind. 2.6 ml / Knochenmark (KM) EDTA oder Heparin.

Probenannahme Montag - Donnerstag bis 17 Uhr, Freitag bis 12 Uhr, später nur nach Rücksprache (061 265 42 59)

VERDACHT / ERSTDIAGNOSE

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Akute Leukämie <input type="checkbox"/> MDS inkl. MDS Score (nur KM) <input type="checkbox"/> Lymphom Screening <input type="checkbox"/> V. a. B-Zell Neoplasie <input type="checkbox"/> V. a. T/NK-Zell Neoplasie <input type="checkbox"/> Plasmazellerkrankung / MGUS non-IgM <input type="checkbox"/> Mastozytose (nur KM) <input type="checkbox"/> Anderes: _____ | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> CLL <input type="checkbox"/> Mantelzell-Lymphom <input type="checkbox"/> LPL / M. Waldenström <input type="checkbox"/> Marginalzonen-Lymphom <input type="checkbox"/> Follikuläres Lymphom <input type="checkbox"/> Haarzell-Leukämie <input type="checkbox"/> DLBCL <input type="checkbox"/> Sézary-Zellen <input type="checkbox"/> AITL |
|---|--|

VERLAUF / MRD DIAGNOSTIK

- Verlauf/MRD AML
- Verlauf/MRD B-ALL
- Verlauf/MRD T-ALL
- Verlauf/MRD Plasmazellmyelom
- Verlauf/MRD CLL/Mantelzell-Lymphom
- Verlauf/MRD Haarzell-Leukämie
- Verlauf/MRD Marginalzonen-Lymphom
- Verlauf/MRD follikuläres Lymphom
- Anderes: _____

SPEZIELLE UNTERSUCHUNGEN

- PNH (nur PB)
- CAR-T Zell Monitoring: Antigen: _____
- Thrombozytopathie (Thrombozyten-Rezeptoren)
- B-Zellen: CD20 Status

Wichtig:

Bei spezifischer Antikörper Therapie muss diese zwecks Gating unter klinischen Angaben vermerkt sein.

*Transfix-Röhrchen - bitte im Labor Tel. 061 265 42 59 bestellen

TEIL-AUSWAHL MOLEKULARE DIAGNOSTIK

(Auswahl für komplettes Angebot siehe auch separates Auftragsformular Molekulare Diagnostik)

Peripheres Blut (PB) EDTA 6-10 ml / Knochenmark (KM) EDTA 1.5 ml. Probenannahme Montag - Freitag bis 17 Uhr.

VERDACHT / ERSTDIAGNOSE

- | | |
|--|---|
| <p>Abklärung Leukämie / MDS</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Neue Leukämie / Rezidiv (inkl. Fusionstranskripte, FLT3, NPM1, NGS) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Screening NPM1 Exon 12 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Screening FLT3-ITD <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Screening FLT3-TKD <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Screening IDH1/2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> PML::RARA (Notfall) <p>Abklärung MPN</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> BCR::ABL1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> JAK2 V617F <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> CALR <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> MPL <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> JAK2 Exon 12 | <p>Weitere</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Eosinophilie Abklärung (PDGFRA, PDGFRB, JAK2, KIT, PCM1::JAK2) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> BRAF V600E <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> KIT D816V <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> MYD88 L252P <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fusionstranskriptsuche** z.B. CBFβ::MYH11, RUNX1::RUNX1T1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> CLL: IGHV Mutationsstatus <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ALL: IGH/TCR Klonalität |
|--|---|

VERLAUF / MRD DIAGNOSTIK

- BCR::ABL1
- NPM1 Typ A
- NPM1 Typ B
- IDH1 R132H
- IDH2 R140Q
- IDH2 R172K
- PML::RARA Typ _____
- RUNX1::RUNX1T1
- CBFβ::MYH11
- BRAF V600E
- JAK2 V617F
- KIT D816V
- MYD88 L252P
- Sonstige Mutationen**: _____

NGS Diagnose und Verlauf

- AML-Panel **
- MDS/MPN-Panel **
- TP53
- Fusionen **

CHIMÄRISMUS (bitte Blutbild beilegen)

- Datum allo Transplantation: _____
- Chimärismus Verlauf
- Split-Chimärismus (CD3, CD66)

ASSERVIERUNG

- DNA Asservierung
- RNA Asservierung

(**Liste siehe auch Analyseverzeichnis <https://analysen.unispital-basel.ch/>)

kursiv: Analysen erfolgen extern