

ABKLÄRUNG LEUKÄMIE / NEOPLASMIEN

VERLAUFSKONTROLLEN QUANTITATIV

Peripheres Blut EDTA-Rö. Knochenmark Heparin o. EDTA-Rö.

Peripheres Blut EDTA-Rö. Knochenmark Heparin o. EDTA-Rö.

Neue Leukämie / Rezidiv (inkl. Fusionstranskriptsuche, FLT3, NPM1, NGS) Neue Leukämie / Rezidiv (inkl. Fusionstranskriptsuche, FLT3, NPM1, NGS)

Fusionstranskriptsuche * Fusionstranskriptsuche *

* z.B. CBFB-MYH11, RUNX1-RUNX1T1, SIL-TAL1, TCF3-PBX1, ETV6-ABL1 (vollständige Liste der untersuchten Fusionstranskripte: siehe Analysenverzeichnis)

FLT3 FLT3
 NPM1 NPM1
 Eosinophile Abklärung (PDGFR alpha/beta, JAK2, KIT, PCM1-JAK2) Eosinophile Abklärung (PDGFR alpha/beta, JAK2, KIT, PCM1-JAK2)
 BRAF V600E BRAF V600E
 KIT D816V KIT D816V
 MYD88 L265P MYD88 L265P

Notfall PML-RARa **Notfall PML-RARa**
 Neudiagnose FLT3-ITD **Neudiagnose** FLT3-ITD
 Neudiagnose FLT3 TKD **Neudiagnose** FLT3 TKD
 Neudiagnose IDH1/2 **Neudiagnose** IDH1/2

NGS ** untersuchte Gene, siehe Analysenverzeichnis

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

MPN

BCR-ABL1 BCR-ABL1
 JAK2 V617F JAK2 V617F
 Calreticulin Calreticulin
 MPL MPL
 JAK2 EXON12 JAK2 EXON12

Bemerkungen / Sonstige Analysen / Therapie

Fusionstranskripte

BCR-ABL e13a2 BCR-ABL e13a2
 BCR-ABL e14a2 BCR-ABL e14a2
 BCR-ABL e1a2 BCR-ABL e1a2
 BCR-ABL unbekannt BCR-ABL unbekannt
 NPM1 Typ A NPM1 Typ A
 NPM1 Typ B NPM1 Typ B
 PML-RARa Typ bcr1 PML-RARa Typ bcr1
 PML-RARa Typ bcr2 PML-RARa Typ bcr2
 PML-RARa Typ bcr3 PML-RARa Typ bcr3
 PML-RARa Typ unbekannt PML-RARa Typ unbekannt
 RUNX1-RUNX1T1 RUNX1-RUNX1T1
 MLLT3-KMT2A Typ A MLLT3-KMT2A Typ A
 KMT2A-AFDN KMT2A-AFDN
 CBFB-MYH11 Typ A CBFB-MYH11 Typ A
 andere Fusionstranskripte andere Fusionstranskripte

Mutationen ddPCR/NGS

BRAF V600E BRAF V600E
 JAK2 V617F JAK2 V617F
 KIT D816V KIT D816V
 MYD88 L265P MYD88 L265P
 Sonstige Gene Sonstige Gene
 z.B. IDH1/2, SRY z.B. IDH1/2, SRY

CHIMÄRISMUS (bitte Blutbild beilegen!)

Chimärismus peripheres Blut Chimärismus Knochenmark
 Split-Chimärismus (PB, CD3, CD66)
 Patient VOR HSZT Patient VOR HSZT
 Spender
 Patientenprofil aus MSHE
 Entnahme-Kit für Mundschleimhautepithelien unter 061 / 265 42 51 anfordern

INFORMIERTE ZUSTIMMUNG ZU GENETISCHEN UNTERSUCHUNGEN (EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG)

Name / Vorname: _____ Geb. Datum: _____

"Ich bestätige hiermit, dass ich gemäss dem Gesetz über genetische Untersuchungen beim Menschen (GUMG) genetisch beraten worden bin und mir genügend Zeit für Fragen und zum Bedenken eingeräumt worden ist."

Ich erkläre mich hiermit einverstanden, die markierte(n) genetische(n) Untersuchung(en) durchzuführen:

Vererbte Thromboseneigung Krankheitsassoziierte HLA-Typen
 Andere: _____

Mein Entscheid zur Aufbewahrung meines Untersuchungsgutes:

Mein Untersuchungsgut kann für allfällige Nachuntersuchungen bzw. weitergehende Untersuchungen aufbewahrt werden
 Mein Untersuchungsgut soll nach Abschluss der Untersuchung vernichtet werden

Unterschrift: _____ Ort / Datum: _____
 (Eltern / rechtlicher Vertreter falls notwendig)

Zuweisender Arzt

Ich bestätige, der/die o.g. Patientin gemäss dem Gesetz über genetische Untersuchung beim Menschen (GUMG) die verlangte Untersuchung auf angemessene Weise erklärt und ihre Zustimmung erhalten zu haben.

Name / Vorname: _____ Praxisstempel: _____

Unterschrift: _____

Ort / Datum: _____