

# Untersuchungsauftrag

Probeneingang: ITZ, EG 00.071

Telefonnummer oder Piepser: \_\_\_\_\_

Bitte immer für Rückfragen angeben!

Hiermit beauftrage ich die Analysen:

Klinik für Innere Medizin I  
**Diagnostische Laboratorien**

Telefon: 0761 270-35140  
itz.med1.diagnostiklabore@  
list.uniklinik-freiburg.de

Probeneingang: ITZ, EG 00.071  
Probenannahme: Mo-Fr 8:00-15:00 Uhr  
(Liquormaterial: Mo-Fr 8:00-14:00 Uhr)

Datum \_\_\_\_\_

ärztliche Unterschrift und Stempel \_\_\_\_\_

Entnahme der Proben:	Zytomorphologie Tel.: 35140	Molekulare Diagnostik Tel.: 32100	FISH-Labor Tel.: 33780	Diagnostische Laboratorien
Datum: _____ Uhrzeit: _____	<input type="checkbox"/> Differentialblutbild <input type="checkbox"/> Knochenmarkzytologie <input type="checkbox"/> Peroxidasefärbung <input type="checkbox"/> Blut <input type="checkbox"/> KM <input type="checkbox"/> Eisenfärbung (KM) Liquor/Erguss: _____	<b>Panel:</b> <input type="checkbox"/> Myeloid <input type="checkbox"/> Lymphoid <input type="checkbox"/> TP15 <input type="checkbox"/> MM <input type="checkbox"/> Cancer Fusion <input type="checkbox"/> HemaVision 28Q <b>Genexpression:</b> <input type="checkbox"/> WT1 <input type="checkbox"/> EVI1/MECOM <input type="checkbox"/> Andere: _____ <b>Fusionen:</b> <input type="checkbox"/> BCR-ABL <input type="checkbox"/> Andere: _____	Panel gemäß der Angabe zur Diagnose <input type="checkbox"/> Blut <input type="checkbox"/> KM <input type="checkbox"/> Liquor <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> Sonstige Aberration: _____	<i>Vom Labor auszufüllen!</i> <b>Zentraler Probeneingang:</b> (Datum, Uhrzeit und MA-Kürzel)  <b>Proben:</b> (Anzahl + Art)
<b>Diagnose</b> <input type="checkbox"/> AML <input type="checkbox"/> T-NHL <input type="checkbox"/> B-ALL <input type="checkbox"/> Sezary-Syndrom <input type="checkbox"/> T-ALL <input type="checkbox"/> MDS <input type="checkbox"/> CML <input type="checkbox"/> MPN <input type="checkbox"/> B-NHL <input type="checkbox"/> NSCLC <input type="checkbox"/> CLL <input type="checkbox"/> Kolonkarzinom <input type="checkbox"/> MM <input type="checkbox"/> Melanom <input type="checkbox"/> Haarzell-Leukämie <input type="checkbox"/> _____	<b>Zellmarker-Labor</b> Tel.: 35050 <b>Akute Leukämie</b> <input type="checkbox"/> Blut <input type="checkbox"/> KM <input type="checkbox"/> _____ <b>B-NHL</b> <input type="checkbox"/> Blut <input type="checkbox"/> Lymphknoten <input type="checkbox"/> KM <input type="checkbox"/> _____ <b>T-NHL</b> <input type="checkbox"/> Blut <input type="checkbox"/> Lymphknoten <input type="checkbox"/> KM <input type="checkbox"/> _____ <b>Plasmazellneoplasien</b> <input type="checkbox"/> Blut <input type="checkbox"/> KM <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> Mastozytose KM <input type="checkbox"/> PNH Blut <input type="checkbox"/> Lymphozytensubpopulation (TBNK) Blut <b>Bestimmung vitaler Stammzellen</b> <input type="checkbox"/> Blut <input type="checkbox"/> Leukapheresat <input type="checkbox"/> KM <input type="checkbox"/> CAR-T Zellen Blut <input type="checkbox"/> CD19 <input type="checkbox"/> BCMA <input type="checkbox"/> epitheliale Tumorzellen Liquor <input type="checkbox"/> Andere Marker: _____	<input type="checkbox"/> MPN Stufendiagnostik (JAK2, CALR, MPL) <input type="checkbox"/> JAK2 V617F <input type="checkbox"/> MRD Verlauf (Marker bitte angeben): _____ <input type="checkbox"/> MYD88 L265P <input type="checkbox"/> Eosinophilie-Panel (KIT, STAT5b, Fusionen) <input type="checkbox"/> BRAF V600E <input type="checkbox"/> BRAF Exon 15 <input type="checkbox"/> KIT D816V <input type="checkbox"/> CAR-T Verlaufskontrolle <input type="checkbox"/> Lymphotrack™ (TRG, IGH) <b>Genotypisierung (Wichtig: Aufklärung nach GenDG)</b> <input type="checkbox"/> DPD/DPYD (5-FU Tox.) <input type="checkbox"/> UGT1A1 (Irinotecan Tox.)	<b>KMT-Labor</b> Tel.: 35820 Chimärismusanalyse <input type="checkbox"/> Blut <input type="checkbox"/> KM <input type="checkbox"/> _____ Asservierung <input type="checkbox"/> Blut <input type="checkbox"/> KM <b>Versand</b> Tel.: 35140 <input type="checkbox"/> Chromosomenanalyse (Heparin!) <input type="checkbox"/> An: _____	<b>Qualität der Proben</b> <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> akzeptabel <input type="checkbox"/> RS Einsender <b>Probenaufbereitung</b> <input type="checkbox"/> MNC <input type="checkbox"/> Lyse <input type="checkbox"/> KCL <input type="checkbox"/> Plasma <input type="checkbox"/> RLT-Puffer _____ µl <input type="checkbox"/> Blut Zellzahl: _____ <input type="checkbox"/> KM Zellzahl: _____ <input type="checkbox"/> Andere: _____ Kürzel: _____ Notizen: _____
<input type="checkbox"/> Verdacht <input type="checkbox"/> Erstdiagnose <input type="checkbox"/> Verlauf <input type="checkbox"/> Rezidiv Zeit nach TX: _____ Aktuelle Therapie: _____ Fragestellung: _____		<b>Liquid Biopsy Labor</b> Tel.: 33850 <input type="checkbox"/> EDTA-Blut (3 x 9 ml) <input type="checkbox"/> Liquor (3 ml) <b>EGFR</b> <input type="checkbox"/> Del19 <input type="checkbox"/> L858R <input type="checkbox"/> T790M <input type="checkbox"/> L861Q <input type="checkbox"/> C797S <b>BRAF</b> <input type="checkbox"/> V600E <input type="checkbox"/> V600D <input type="checkbox"/> V600R <input type="checkbox"/> V600M <input type="checkbox"/> V600K <b>KRAS</b> <input type="checkbox"/> G12D <input type="checkbox"/> G12V <input type="checkbox"/> G12R <input type="checkbox"/> G13D <input type="checkbox"/> G12C <input type="checkbox"/> G12A <input type="checkbox"/> G12S <b>MYD88</b> <input type="checkbox"/> L265P Andere Mutationen: _____	<b>Freeze Biobank Freeze-Probenbegleitschein</b> Tel.: 35140 oder direkt 77741 <input type="checkbox"/> Blut <input type="checkbox"/> KM <input type="checkbox"/> Projekt: _____	

