

GKK für	BKK der	VA des Oö. Bergbauers	Andere Kostenträger	1 Erwerbstätig Arbeitslos Selbstvers.	5 Pensionist(in)	7 Kriegs- hinter- bliebene(r)	9 Zwischen- staatl. Soz.		GT
Bitte den Namen des Kostenträgers einsetzen!				Bitte zutreffendes Feld bezeichnen!					

An: Zentrum Medizinische Genetik Innsbruck

Direktor: Univ.-Prof. DDr. med Johannes Zschocke
 Peter-Mayr-Str. 1, 6020 Innsbruck, Tel. 0512-9003-70531



Anforderung hämatologische Onkogenetik

für Tirol Kliniken

Familiename(n)	Vorname(n)	Versicherungsnummer
Patient		
		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Tag Monat Jahr (Geburtsdatum)
<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich		
Anschrift		
Versicherter (nur auszufüllen, wenn ein Patient ein Angehöriger ist)		
		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Tag Monat Jahr
Beschäftigt bei (Dienstgeber, Dienstort)		
Kostenübernahme/Status: <input type="checkbox"/> Ambulant <input type="checkbox"/> Stationär <input type="checkbox"/> Privat		
..... Ausstellungstag		
..... Unterschrift und Stempel des überweisenden Vertrags(fach)arztes		

Diagnose/Fragestellung/klinische Angaben: (Details ggf. unten)

.....

.....

Erstdiagnose Verlauf Z.n. KMT, Datum:
 Therapie Rezidiv Spender: weibl. männl.

Gewünschte Untersuchung/Leistung: (Details ggf. unten)

Chromosomen / FISH DNA-Array

Probenmaterial: Entnahmedatum:

Heparin-Vollblut (5-10 ml) für konventionelle Chromosomenanalyse/FISH
 Heparin-Knochenmark-Aspirat (5-10 ml) für Chromosomen/FISH
 3-4 ungefärbte Knochenmark-Ausstriche für FISH (nur für Myelome)
 Paraffinmaterial für FISH (bitte Rücksprache)
 Sonstiges.....

Name Ärztin/Arzt (für Rückfragen, Blockschrift) / **Tel.-Nr.:**

.....

Feld nicht beschriften

Zusatzinformationen für tumorzytogenetische Analysen

Klinische Informationen/Krankheitsbild:

Myeloische Erkrankungen: CML AML MDS MPE HES Mastrozytose

Lymphatische Erkrankungen: CLL ALL Myelom Lymphom

Diagnose gesichert Verdacht Sonstige Informationen:

Akute Leukämie:

% Blasten

Proben: heparinisiertes Blut/Knochenmark, **ungekühlter Versand Probenannahme: Mo-Do, 8-16 Uhr** (Fr möglich aber ungünstig für Zellkultur)

Erwünschte FISH-Untersuchung: (zutreffendes ggf. bitte ankreuzen, konventionelle Chromosomenanalyse obligat; weitere Analysen Indikations-abhängig)

<input type="checkbox"/> CML	BCR/ABL1 [t(9;22)(q34;q11)]	<input type="checkbox"/> CLL-Panel	6q23, 11q22.3, 12/12q, 13q, IGH [14q32], TP53 [17p13]
<input type="checkbox"/> AML-Panel	EVI1 (MECOM) [3q26], 5/5q, 7/7q, TP53 [17p13], DEK/NUP214 [t(6;9)(p22;q34)], MLL (KMT2A) [11q23], RUNX1/RUNX1T1 [t(8;21)(q22;q22)], PML- RARA [t(15;17)(q24;q21), CBFB [16q22]	<input type="checkbox"/> Lymphom	Bitte genaue Diagnose oben angeben, Analysen davon abhängig!
<input type="checkbox"/> MPE-Panel	BCR/ABL1 [t(9;22)(q34;q11), PDGFRB [5q32], FGFR1 [8p11]		<i>Spezifische Translokationen:</i> CCND1/IGH [t(11;14)(q13;q32)] IGH/BCL2 [t(14;18)(q32;q21)] BIRC3/MALT1 [t(11;18)(q21;q21)]
<input type="checkbox"/> HES -Panel	FIP1L1/PDGFRB [4q12], PDGFRB [5q32], FGFR1 [8p11], JAK2 [9p24]	<input type="checkbox"/> Myelom-Panel	<i>Rearrangements:</i> IGH (14q32), TCR-A/D (14q11.2), ALK (2p23) <i>nach Plasmazell-Anreicherung</i> 1q/1p, 11q, 13q, IGH [14q32], TP53 [17p13] Hyperdiploidie (5/9/15) <i>ggf. IGH-Translokationen</i> FGFR3/IGH [t(4;14)(p16;q32)] CCND1/IGH [t(11;14)(q13;q32)] MAF/IGH [t(14;16)(q32;q23)]
<input type="checkbox"/> B-ALL-Panel	BCR/ABL1 [t(9;22)(q34;q11)], MLL (KMT2A) [11q23] MYC [8q24], ETV6/RUNX1 [t(12;21)(p13;q22)], Hyperdiploidie (4/10/17)		

Spezielle Anforderung: