

**Zentrum für Labormedizin**

**Clinical Cytomics**  
**Hämatopathologische Immunphänotypisierung**

Fachverantwortung: Prof. Dr. med. V. U. Bacher  
D. Stalder-Zeerleder, dipl. BMA HF **STS 259**

**Labor:** 031 632 96 57  
**Befundauskunft** 031 632 02 08  
www.insel.ch

**Patient:**  
**Name, Vorname, Geburtsdatum, Geschlecht, Adresse**

<b>Materialannahme:</b> Montag bis Donnerstag: durchgehend* <b>Freitag: bis 12:00 Uhr, nur nach telefonischer Voranmeldung</b>	<b>Antwortzeit:</b> in der Regel 1-2 Tage (nach Eintreffen des Materials)	<b>Versandart:</b> <b>ungekühlt</b> <b>per Eilpost / Kurier</b>
--	---	---

**Klinische Angaben**

Diagnose:

.....  
 gesichert       Verdacht

	ja	nein	unbekannt
Hepatomegalie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lymphadenopathie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Splenomegalie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Paraproteinämie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Typ: .....	Menge: .....		

**Fragestellung**

- Typisierung gemäss morphologischem Befund
- Lymphozytenscreening
- Chronische Lymphatische Leukämie (CLL)
- CLL unter Therapie (MRD-Diagnostik)
- Lymphoproliferativer Prozess (B-NHL)
- Screening Haarzellen
- Therapie Rituximab / Ocrevus (CD19/CD20)
- T-Zell Non-Hodgkin-Lymphom (T-NHL)
- Sézary-Syndrom
- Plasmazell dyskrasie (MGUS, Plasmozytom,...)
- Akute Leukämie (2x 8ml EDTA-Blut )
- MRD B-ALL
- Myelodysplastisches Syndrom
- CMML/ Monozyten
- Systemische Mastozytose
- Paroxysmale nächtliche Hämoglobinurie (PNH)
- CD34-Bestimmung (Stammzell-Apherese)
- CD3-Bestimmung (CAR-T-Zelltherapie)
- Andere.....

**Datum der Materialentnahme:** ..... **Uhrzeit der Materialentnahme:** .....

**Untersuchungsmaterial**

- Peripheres Blut: **Allgemeine Diagnostik/ CD34-Bestimmung: 2.6 ml EDTA-Blut**
- Knochenmark: **3-5 ml Knochenmark-Aspirat** in Plastik-Röhrchen mit 1000 E Liqueumin in 2 ml NaCl 0,9%  
(intern HEPARIN-RÖHRCHEN Gelb-Deckel 1000 E, SAP 00001272)
- \* Anderes (z.B. Körperflüssigkeiten):.....(nur nach telefonischer Anmeldung; 031 632 96 57)

**Bitte immer einen ungefärbten und nicht fixierten Blut- und/oder KM-Ausstrich sowie eine Kopie der aktuellen Blutbildbefunde beilegen:**

<b>Absender: bitte Stempel</b> Spital: Abteilung: Ärztin/Arzt: Tel./Sucher:	<b>Rechnungsadresse</b> (bitte genaue Anschrift) <input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> zuweisender Arzt/Spital <input type="checkbox"/> Andere: ..... ..... .....	<b>Schriftliche Befundkopie an</b> (bitte genaue Anschrift):
---	---	---

**Intern: Befundübermittlung via ixBrowser**

<b>Extern: Schriftlicher Befund per Post</b> <input type="checkbox"/> Wünsche zusätzlich elektronischen Befund <input type="checkbox"/> Wünsche ausschliesslich elektronischen Befund	<b>Fax / E-Mail (nur geschützte HIN-Email-Adressen)</b>
---	---

vom Labor auszufüllen:

Eingetroffen am:                      Uhrzeit:                      Visum:                      Untersuchungsnummer: