



## UNTERSUCHUNGSaufTRAG Clinical Cytomics Facility (CCF)

<b><u>Patient</u></b>	
Name .....	Geburtsdatum .....Tag ..... Monat ..... Jahr
Adresse .....	<b>Rechnung an:</b> <input type="checkbox"/> Patienten (bitte vollständige Adresse) <input type="checkbox"/> Auftragsgeber
PLZ Ort .....	

<b><u>Klinische Angaben</u></b>	<b><u>Angaben zur Therapie</u></b>																								
Diagnose: <input type="checkbox"/> Verdacht <input type="checkbox"/> gesichert	B-Zell-Depletion																								
	<input type="checkbox"/> Rituximab																								
	<input type="checkbox"/> Ocrevus																								
	<input type="checkbox"/> Anderes Präparat.....																								
	<input type="checkbox"/> CD38-Antikörper (Daratumomab u.a.)																								
	<input type="checkbox"/> Andere Therapien (Chemotherapie, Immunsuppression u.a.)																								
	.....																								
	Datum der letzten Verabreichung.....																								
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">ja</td> <td style="text-align: center;">nein</td> <td style="text-align: center;">unbekannt</td> </tr> <tr> <td>Hepatomegalie</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Lymphadenopathie</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Splenomegalie</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Paraproteinämie</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Typ: .....</td> <td>Menge: .....</td> <td></td> </tr> </table>		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: .....		
	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: .....																							

<b><u>Einsender</u></b>	<b><u>Kopie-Empfänger</u></b>
Name .....	Name .....
Adresse .....	Adresse .....
.....	.....
Arzt Tel./ Sucher .....	Arzt Tel./ Sucher .....
Mail*: .....	Mail*: .....
*Versand nur an HIN-gesicherte Mailadressen	

<b><u>Untersuchungsmaterial</u></b>	
<input type="checkbox"/> Peripheres Blut (mind. 2.6 mL EDTA-Blut)	<input type="checkbox"/> BAL (steriles Nativröhrchen)
<input type="checkbox"/> Knochenmark (3-5 mL KM-Aspirat in Heparin)	<input type="checkbox"/> Andere Körperflüssigkeiten (steriles Nativröhrchen) <b>(nur nach telefonischer Anmeldung; 031 632 96 57)</b>
	Angabe zum Material .....
Datum der Materialentnahme: .....	Uhrzeit der Materialentnahme: .....

**Hämatologische Fragestellungen:**  
 • bitte immer einen ungefärbten Blut- und/oder KM-Ausstrich sowie eine Kopie der aktuellen Blutbildbefunde beilegen  
 • Freitag Einsendeschluss 15:00: spätere Einsendungen nur nach Voranmeldung (031 632 96 57)

vom Labor auszufüllen:

Eingetroffen am:                      Uhrzeit:                      Visum:                      Untersuchungsnummer:



<b>Zelluläre Immunologie</b>	
<b>Lymphozyten-Differenzierung</b>	
<input type="checkbox"/>	Lymphozyten-Subpopulationen: T-, B-, und NK-Zellen (CD3, CD4, CD8, CD19, CD16+56)
<input type="checkbox"/>	T-Zell-Subpopulationen: HIV Verlaufsparmeter (CD3, CD4, CD8)
<b>B-Zellen</b>	
<input type="checkbox"/>	B-Zell-Subpopulationen: Naive, transitional, switched/non-switched memory, CD21/CD38 low, Plasmablasten
<b>T-Zellen</b>	
<input type="checkbox"/>	T-Zell-Aktivierung (HLA-DR, CD25 auf CD4 und CD8)
<input type="checkbox"/>	Naive/Memory T-Zellen (CD45RO, CD45RA)
<input type="checkbox"/>	Zelluläres Allergie-Aktivierungspanel: T-Zellen, Eosinophile, Basophile, Tc1-, Tc2-, TH1-, TH2-Zellen
<input type="checkbox"/>	TCR $\alpha/\beta$ , $\gamma/\delta$ Ausdifferenzierung: Stufendiagnostik bei auffälliger doppelnegativer T-Zell-Population (CD3, CD4, CD8, CD45, CD56, TCR $\alpha/\beta$ , TCR $\gamma/\delta$ )
<b>Weitere Zellreihen</b>	
<input type="checkbox"/>	Dendritische Zellen Subpopulationen
<b>Körperflüssigkeiten (Materialart bitte oben angeben)</b>	
<input type="checkbox"/>	Lymphozyten-Subpopulationen und Aktivierung (CD3, CD4, CD8, CD16+56 und HLA-DR, CD25 auf T-Zellen)

<b>Hämatologische Immunphänotypisierung</b>		
<b>Fragestellung</b>		
Erstdiagnose	Verlauf / MRD	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Akute Leukämie <input type="checkbox"/> Akute lymphatische Leukämie (ALL) <input type="checkbox"/> Akute myeloische Leukämie (AML)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Myelodysplastisches Syndrom (nur aus Knochenmark) <input type="checkbox"/> Blastenquantifizierung <input type="checkbox"/> Ogata Score (nur bei initialem Auftrag)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CMML (nur aus Blut) <input type="checkbox"/> Monozyten Charakterisierung
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	B-Zell Neoplasie  <input type="checkbox"/> Chronische lymphatische Leukämie (CLL) <input type="checkbox"/> Monoklonale B-Zell Lymphozytose (MBL) <input type="checkbox"/> Mantelzell-Lymphom <input type="checkbox"/> Lymphoplasmozytisches Lymphom / M. Waldenström <input type="checkbox"/> Marginalzonen-Lymphom <input type="checkbox"/> Follikuläres Lymphom <input type="checkbox"/> Haarzell-Leukämie <input type="checkbox"/> Diffus grosszelliges B-Zell-Lymphom (DLBCL)  <input type="checkbox"/> Andere.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Monitoring B-Zell-Depletion (Rituximab, Ocrevus)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	T-Zell Neoplasie <i>Entität</i> <input type="checkbox"/> Sézary Syndrom <input type="checkbox"/> T-LGL-Leukämie  <input type="checkbox"/> Andere.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Plasmazell-Neoplasie (MGUS, Multiples Myelom, Amyloidose)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mastozytose (nur aus Knochenmark)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PNH (paroxysmale nächtliche Hämoglobinurie) (peripheres Blut)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CAR-T-Monitoring im Verlauf: CAR-T Produkt.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Andere.....

Telefon Mo-Fr 08:00 – 17:00 Hämatologische Immunphänotypisierung: 031 632 96 579 / Zelluläre Immunologie 031 632 24 08  
E-Mail: [flowzytometrie.zim@insel.ch](mailto:flowzytometrie.zim@insel.ch)