

Krankenkasse bzw. Kostenträger	SYNLAB	 oncoscreen® Ein Unternehmen der synlab MVZ Weiden GmbH MVZ Gera · Filiale Jena Löbstedter Straße 93 07749 Jena Postfach 100264 07702 Jena Telefon +49 3641 5074-0 Fax +49 3641 5074-11 oncoscreen@synlab.com www.synlab.de	Barcode
Name, Vorname des Versicherten <div style="text-align: center; font-size: small; margin-top: 5px;">Hier Adressen-Aufkleber einkleben oder Patienten-Chipkarte verwenden</div>	geb. am		Feld bitte nicht bekleben oder beschriften
Kassen-Nr. Versicherten-Nr. Status			
Vertragsarzt-Nr. VK gültig bis Datum			

Abnahme	Überweisender Arzt (Stempel/Unterschrift)	Abrechnung												
Datum: <table style="display: inline-table; border: 1px solid black; text-align: center; font-size: x-small;"> <tr><td>T</td><td>T</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td></tr> </table> Uhrzeit: <table style="display: inline-table; border: 1px solid black; text-align: center; font-size: x-small;"> <tr><td>h</td><td>h</td><td>m</td><td>m</td></tr> </table> Geschlecht: <table style="display: inline-table; border: 1px solid black; text-align: center; font-size: x-small;"> <tr><td>m</td><td>w</td></tr> </table> Rückmeldung erwünscht: <input type="checkbox"/> Fax: <input type="checkbox"/> Tel.:	T	T	M	M	J	J	h	h	m	m	m	w	Ort Datum Unterschrift	<input type="checkbox"/> Kasse* <input type="checkbox"/> Privat** <input type="checkbox"/> Klinik** <input type="checkbox"/> Sonstige** * Bitte Überweisungsschein/Abrechnungsschein für Laboratoriumsuntersuchungen 10 beilegen ** bitte Adresse des Rechnungsempfängers angeben
T	T	M	M	J	J									
h	h	m	m											
m	w													

Untersuchungsantrag: Hämatologische Onkologie

Untersuchungsmaterial

<input type="checkbox"/> peripheres Blut <input type="checkbox"/> EDTA <input type="checkbox"/> Heparin <input type="checkbox"/> Ausstrich	<input type="checkbox"/> Knochenmark <input type="checkbox"/> Heparin <input type="checkbox"/> EDTA <input type="checkbox"/> Ausstrich <input type="checkbox"/> punctio sicca	<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____
--	---	---

Diagnose/Fragestellung:	Diagnose gesichert:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> CML <input type="checkbox"/> CLL	<input type="checkbox"/> AML	<input type="checkbox"/> ALL
<input type="checkbox"/> Polyzythämia vera <input type="checkbox"/> Essentielle Thrombozythämie	<input type="checkbox"/> PMF	<input type="checkbox"/> Mastozytose
<input type="checkbox"/> sonst. MPN <input type="checkbox"/> MDS	<input type="checkbox"/> MPN / MDN	<input type="checkbox"/> CMML
<input type="checkbox"/> Myeloische und Lymphoide Neoplasien mit Eosinophilie und PDGFRA und PDGFRB-Rearrangements		<input type="checkbox"/> HES/CEL

Sonstige Fragestellungen/Angaben/Differentialdiagnosen:

.....

..

.....

<u>Krankheitsverlauf/-stadium</u>	<u>Medikation zum Zeitpunkt der Probenentnahme:</u>
<input type="checkbox"/> Erstdiagnose	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> Imatinib
<input type="checkbox"/> Verlaufskontrolle in Remission bzw. bei stabilem Krankheitszustand	<input type="checkbox"/> Hydroxyharnstoff <input type="checkbox"/> Dasatinib
<input type="checkbox"/> Verlaufskontrolle bei V. a. Progression oder Rezidiv	<input type="checkbox"/> Interferon <input type="checkbox"/> Nilotinib
<input type="checkbox"/> nach Tx/KMT ➔ Spender: w <input type="checkbox"/> / m <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Therapiepause <input type="checkbox"/> sonstige Medikation: _____

Einverständniserklärung (gesetzlich vorgeschrieben; anderenfalls kann keine Diagnostik durchgeführt werden)

Hiermit erkläre ich, _____, (Name, Vorname in Druckbuchstaben) mich damit einverstanden, dass die oben angeforderten genetischen Untersuchungen aus meiner Probe vorgenommen werden dürfen. Weiterhin erkläre ich mich damit einverstanden, dass zum Zweck der labormedizinischen Diagnostik meine Probe inkl. meiner personenbezogenen Daten an das Labor Synlab Jena Oncoscreen weitergeleitet werden. Mir ist bekannt, dass die Untersuchungsergebnisse durch das Labor ausschließlich dem Einsender mitgeteilt werden dürfen.

Option (falls nicht zutreffend kann gestrichen werden):
Darüber hinaus bin ich mit der Aufbewahrung von Untersuchungsmaterial zum Zwecke für Untersuchungen wissenschaftlicher Art und die Publikation dieser Ergebnisse in anonymisierter Form einverstanden.

Unterschrift Patient / Patientin / bzw. gesetzlicher Vertreter	Unterschrift Arzt
Ort, Datum	Ort, Datum
Patient / -in / gesetzlicher Vertreter	Arzt

Untersuchungsmaterial

- (1) 10 ml EDTA Blut peripher
 (2) 40 ml EDTA Blut peripher
 (3) 2 ml EDTA Blut peripher
 (4) 5 ml EDTA Blut peripher
 (5) 5 ml Heparin-Knochenmark (100 U Heparin/ml KM)
- (6) bevorzugt 5 ml Heparin-Knochenmark (100 U Heparin/ml KM)
 alternative 10 ml Heparin-Blut peripher
 (7) Ausstrich Knochenmark (bei Anteil der malignen Zellen >10%)
 (8) 5 Ausstriche luftgetrocknet oder flüssiges KM in Citrat und 5 ml EDTA-Blut

Anforderungen

PCR/Sequenzierung

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> BCR-ABL
Typisierung/ ggf. Quantifizierung (1) | <input type="checkbox"/> JAK2-V617F-Mutation (3) | <input type="checkbox"/> MPL-(W515L/K) Mutation (3) |
| <input type="checkbox"/> BCR-ABL
Quantifizierung/Verlaufskontrolle (1) | <input type="checkbox"/> JAK2-V617F-Quantifizierung (3) | <input type="checkbox"/> TET2 Sequenzierung (3) |
| <input type="checkbox"/> BCR-ABL
Mutationscreening bei Therapieresistenz (1) | <input type="checkbox"/> JAK2 Mutationen Exon 12 (3) | <input type="checkbox"/> FIP1L1- PDGFRA Eosinophilie (1) |
| | <input type="checkbox"/> Calreticulin Sequenzierung (3) | <input type="checkbox"/> TP53 Sequenzierung (3) |
| | <input type="checkbox"/> PRV-1 mRNA Expression (2) | <input type="checkbox"/> CMML Mutationen (3) (NextGeneration Sequencing) |
| | <input type="checkbox"/> c-KIT-(D816V) Mutation (3) | <input type="checkbox"/> Sonstige: _____
ggf. Rücksprache |

Chromosomenanalyse^a

- Karyotypisierung (5)
 ggf. FISH-Erweiterung

FISH^a

- Translokation (9;22) (BCR/ABL) (6,7)
 PDGFRA (Eosinophilie) (6,7)
 PDGFRB (Eosinophilie) (6,7)
 Del 5q (6,7)
 Del 7q (6,7)

MLPA bei CLL

- P53, Del(13q), ATM-Gen,
Trisomie 12 (4)

- P53 (6,7)
 Del(13q) (6,7)
 ATM-Gen (6,7)
 Trisomie 12 (6,7)
 Aberration 17p13 (6,7)
 Sonstige: _____
ggf. Rücksprache

^a In Kooperation mit dem Zentrum für ambulante Medizin, Uniklinikum Jena, Praxis für Humangenetik

Zytologie/Durchflusszytometrie^b

- Differentialzellbild (3)
 Knochenmarks-Zytologie (8)
 Zytochemische Färbungen (4,8)
 o Peroxidase o Esterase o PAS o ALP

- Immunphänotypisierung (4)
Antikörperauswahl nach Fragestellung
 Lymphozyten-Differenzierung (4)

Spezielle Marker:

- ZAP-70 (4)
 sonstige (bitte angeben) (4)

CD____, CD____

^b In Kooperation mit dem Medizinischen Versorgungszentrum Synlab Weiden

Allgemeine Hinweise zur Diagnostik

- Die Probe muss innerhalb von **48 Stunden** nach Abnahme unser Labor erreichen.
Materialannahme: PCR/Sequenzierung: Montag bis Samstag; Chromosomenanalyse/Durchflusszytometrie: Montag bis Freitag.
- Das abgenommene Blut bitte bei **Raumtemperatur** lagern/versenden; auf keinen Fall kühlen.
- Für eine umfassende Befundung benötigen wir weitere Informationen zum Krankheitsverlauf Ihres Patienten und bitten Sie daher, auf diesem Anforderungs-/Begleitschein möglichst alle relevanten Angaben zu machen.
- Gerne senden wir Ihnen bei Bedarf diesen Anforderungs-/Begleitschein sowie Monovetten und Versandmaterial zu (Tel. 03641/50 74 0).
 Sie finden den Anforderungs-/Begleitschein auch im Internet unter www.oncoscreen.com.
- Für Patienten der **gesetzlichen Krankenkassen** gilt, dass diese Diagnostiken über einen **Überweisungsschein/Abrechnungsschein für Laboratoriumsuntersuchungen 10** als EBM-Leistung angefordert werden können. Auf dem Überweisungsschein muss die **Diagnose** angegeben sein. Die **molekulargenetischen Untersuchungen** einschließlich der Chromosomenanalyse und der FISH-Diagnostik belasten **nicht** Ihr Laborbudget.

Indikationshinweise

Diagnostik	Erkrankung													
	CML	PV	ET	PMF	sonst MPN	MPN / MDN (CMML)	system. Mastozytose	Eosinophilie (CEL)	MDS	AML	ALL	CLL	Lymphom	Multiples Myelom Plasmozytom
PCR/Sequenzierung/Next Generation Sequenzierung	BCR-ABL Typisierung/Quantifizierung	X	(X)	(X)		(X)				X				
	BCR-ABL Quantifizierung/Verlaufskontrolle	X												
	BCR-ABL Mutationen bei Therapieresistenz	X												
	PRV-1 mRNA Expression		X	X	X	X								
	JAK2-(V617F) Mutation		X	X	X	X	(X)							
	JAK2-(V617F) Quantifizierung		X	X		X								
	JAK2 Mutationen Exon 12		X											
	Calreticulin Mutationen			X	X	X								
	MPL-(W515L/K) Mutation			X	X	X								
	c-KIT-(D816V) Mutation							X						
	FIP1L1-PDGFRFA (Eosinophilie)					(X)		X						
	TET 2 Mutationen		X	X	X	X	X	X	X	X	X			
	CMML Mutationen						X							
TP53 Mutationen												X		
MLPA												X		
Karyotypisierung	X	X	X		X	X		X	X	X	X	X		
FISH	Translokation (9;22)(BCR/ABL)	X								X				
	PDGFRA					X		X						
	PDGFRB					X		X						
Sonstige FISH (siehe Anforderungen)					X	X			X	X	X	X	X bei KM-Beteiligung	
Durchflusszytometrie	Immunphänotypisierung									X	X	X	X	(X)
	ZAP-70									X		X		
	Zytologie	X		(X)				(X)	X	X	X	X	X	X >10% Plasmazellen im KM-Ausstrich