EWOG-MDS
EWOG-SAA

Einsendeschein Morphologie

Universitätsklinikum Freiburg
Kinder- und Jugendklinik
Klinik für Pädiatrische Hämatologie und Onkologie
Referenz- und Diagnostiklabor
Breisacher Straße 62
79106 Freiburg

Tel: + 49- 761- 270 - 43504 (Labor)
Fax: + 49- 761- 270 - 96 46200
email: ewog-mds-saa@uniklinik-freiburg.de

Bitte hier aufkleben:
Patientenetikett mit Namen, Geburtsdatum, Krankenkasse, Hauptversichertem, Versicherungsnummer und Status

(Alternativ bitte Laborüberweisungsschein für externe Untersuchungen mit den benötigten Angaben beilegen. Die Versicherungsdaten werden für die Abrechnung der Referenzleistung benötigt.)

Klinische Angaben, (Verdachts-) Diagnose:

Klinische Befunde

Milzvergrößerung	☐ Ja	☐ Nein
Lebervergrößerung	☐ Ja	☐ Nein
Lymphknotenvergr.	☐ Ja	☐ Nein
Hepatitis	☐ Ja	☐ Nein

Spleen size:

Klinische Untersuchung: _____ cm unterhalb d. Rippenbogens

Sonographie: _____ cm Milzlänge

Lokation: _____

Bisherige / aktuelle Therapie _____

Transfusionen in den letzten 4 Wochen ☐ Nein

☐ Ja: ☐ Erythrozyten ☐ Thrombozyten

Blutbild		**Bei KMP**	**Bei Blutentnahme**
Datum		(tt.mm.jjjj)	(tt.mm.jjjj)
Leukozyten	(10^9/l)		
HB *(bitte Einheitenangabe)* ☐ g/dl ☐ mmol/l			
Erythrozyten	(10^{12}/l)		
MCV	(fl)		
Retikulozyten	(‰)		
Thrombozyten	(10^9/l)		
HbF	(%)		

Material

	Datum (tt.mm.jjjj):		Datum (tt.mm.jjjj):
☐ hep. KM (2-3 ml)		☐ Stanzbiopsie	
☐ KM-Ausstriche (10 A.)		☐ Haarwurzeln (10-15)	
☐ hep. Blut (5-10 ml)		☐ Fibroblasten/ Hautbiopsie	
☐ Blutausstriche (10 A.)		☐ Mundschleimhaut	

Einsendende Klinik (Stempel/Eingabe)

Name: _____

Für Rückfragen, Telefon: _____
Fax: _____

_____
Datum, Unterschrift