## Medizinisches Versorgungszentrum DRK-Blutspendedienst Ulm gemeinnützige GmbH

Helmholtzstraße 10, 89081 Ulm/Donau

Med. Geschäftsführer: Prof. Dr. med. H. Schrezenmeier

## Einsender

MVZ DRK-Blutspendedienst Ulm Ärztl. Leiter: Dr. med. P. Schauwecker

## Chimärismusanalyse

Dr. med. P. Schauwecker und Kollegen Helmholtzstraße 10 89081 Ulm

**MVZ** 

Tel 0731 / 150 - 625

		DAkk		Fax 073		0 - 545		
	Deutsche Akkreditierungsstelle D-ML-19105-01-00 Akkred		Akkreditier	iert nach DIN EN ISO 15189				
Kostenträger	L	10.1 (6)						
_		enue ii o	la alim (Nim 40	\	_			
□ GKV-Patient/in, ambulant ▶ bitte ausgefüllten Ü-Schein (Nr. 10) beilegen Bitte beachten:* Untersuchung zu Lasten GKV max. 3 x im Quartal  * Überweisung nur möglich durch FÄ für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie oder FÄ für Innere Medizin mit Schwerpunkt Hämatologie und Onkologie sowie durch FÄ mit Teilnahme an der "Onkologie-Vereinbarung" (Anlage 7 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte)								
□ Selbstzahler, ambular				(/ iiiago				
Diagnose						Geschlecht 👌 /	φ	
Klinische Angaben								
Granulozytengabe SLT-Gabe								
Infektiös	☐ ja ☐ nei	in	Dring	gende In	dika	tion 🗌 ja 📗 ne	ein	
Transplantationsdatum		Spender	-Name / ID-	Nr			1 ♀	
Probenabnahme		1.00				Name / Stempel / Unterschrift		
	Datum	Uhrzeit						
Transplantation	Datum Indikation	Unrzeit	Material			Subpopulationen		
Transplantation  → PBSCT	1		Material  Peripheres Blu		•	Subpopulationen  Oursepariert		
⇒PBSCT	Indikation	*						
→ PBSCT → KMT	Indikation  Erstuntersuchung	*	Peripheres Blu	t E		☐ Unsepariert		
	Indikation  Erstuntersuchung  Verlaufskontrolle	*	<ul><li>Peripheres Blu</li><li>Knochenmark</li></ul>	t E		☐ Unsepariert ☐ Granulozyten		
→ PBSCT → KMT → CBT	Indikation  Erstuntersuchung  Verlaufskontrolle  V.a. Abstoßung	*	<ul><li>Peripheres Blu</li><li>Knochenmark</li></ul>	t E		☐ Unsepariert ☐ Granulozyten ☐ Lymphozyten		
PBSCT  KMT  CBT  HLA-ident	Indikation  Erstuntersuchung  Verlaufskontrolle  V.a. Abstoßung  V.a. Rezidiv	*	<ul><li>Peripheres Blu</li><li>Knochenmark</li></ul>	t E		☐ Unsepariert ☐ Granulozyten ☐ Lymphozyten		
PBSCT  KMT  CBT  HLA-ident  HLA-different	Indikation  Erstuntersuchung  Verlaufskontrolle  V.a. Abstoßung  V.a. Rezidiv  V.a. GVHD	*	<ul><li>Peripheres Blu</li><li>Knochenmark</li></ul>	t E		☐ Unsepariert ☐ Granulozyten ☐ Lymphozyten		
PBSCT  KMT  CBT  HLA-ident  HLA-different  Verwandt	Indikation  Erstuntersuchung  Verlaufskontrolle  V.a. Abstoßung  V.a. Rezidiv  V.a. GvHD  Z.n. SLT am  Sonst.	*	<ul><li>Peripheres Blu</li><li>Knochenmark</li></ul>	t E		☐ Unsepariert ☐ Granulozyten ☐ Lymphozyten		
PBSCT  KMT  CBT  HLA-ident  HLA-different  Verwandt  Fremd  Retransplantation  JIntersuchungsmaterial: E = EDTA  Bei +2°C bis +8°C lagern  Bei Erstuntersuchung Vergleichsmate	Indikation  Erstuntersuchung  Verlaufskontrolle  V.a. Abstoßung  V.a. Rezidiv  V.a. GvHD  Z.n. SLT am  Sonst.	* * * * * * * * * * * * * * * * * * *	Peripheres Blu  Knochenmark  Sonst.	t E		☐ Unsepariert ☐ Granulozyten ☐ Lymphozyten		
PBSCT  KMT  CBT  HLA-ident  HLA-different  Verwandt  Fremd  Retransplantation  Jntersuchungsmaterial: E = EDTA  Bei +2°C bis +8°C lagern  Bei Erstuntersuchung Vergleichsmate	Indikation  Erstuntersuchung  Verlaufskontrolle  V.a. Abstoßung  V.a. Rezidiv  V.a. GvHD  Z.n. SLT am  Sonst.  Trial vom Spender erforderlich	oder 5 ml E	Peripheres Blu Knochenmark Sonst.	t E E	•	☐ Unsepariert ☐ Granulozyten ☐ Lymphozyten ☐ Sonst		
PBSCT  KMT  CBT  HLA-ident  HLA-different  Verwandt  Fremd  Retransplantation  Jntersuchungsmaterial: E = EDTA  Bei +2°C bis +8°C lagern  Bei Erstuntersuchung Vergleichsmate	Indikation  Erstuntersuchung  Verlaufskontrolle  V.a. Abstoßung  V.a. Rezidiv  V.a. GvHD  Z.n. SLT am  Sonst.  Trial vom Spender erforderlich	oder 5 ml E	Peripheres Blu Knochenmark Sonst.	t E E	•	☐ Unsepariert ☐ Granulozyten ☐ Lymphozyten		
PBSCT  KMT  CBT  HLA-ident  HLA-different  Verwandt  Fremd  Retransplantation  Jntersuchungsmaterial: E = EDTA  Bei +2°C bis +8°C lagern	Indikation  Erstuntersuchung  Verlaufskontrolle  V.a. Abstoßung  V.a. Rezidiv  V.a. GvHD  Z.n. SLT am  Sonst.  Trial vom Spender erforderlich	oder 5 ml E	Peripheres Blu Knochenmark Sonst.	nenmark ler nach	telefo	☐ Unsepariert ☐ Granulozyten ☐ Lymphozyten ☐ Sonst	ng	

Dokument: : 23436 / 5 - : Anforderung Chimärismusanalyse MVZ Ulm ()	Hinweise:	Gültig ab: 23.05.2022
Geltungsbereich: Ulm-Stammzelllabor; Ulm-Externe Kliniken; Ulm-MVZ;		Status: Gültig
Gültige bzw. genehmigte Formblätter sind elektronisch signiert und daher ohne Unters	Seite 1 von 1	