

Zentrum für Labormedizin

Universitätsklinik für Hämatologie und Hämatologisches Zentrallabor **STS 259**

Morphologische Hämatologie

Fachverantwortung: Prof. Dr. med. V.U. Bacher
 M. Legros, Leit. BMA HF

Auskunft/Voranmeldung: 031 632 33 09, www.insel.ch

Auftrag zur Knochenmarkuntersuchung

Patient:
Name, Vorname, Geburtsdatum, Geschlecht, Adresse

Materialannahme: täglich **Antwortzeit:** 1-4 Tage (nach Eintreffen des Materials) **Versandart:** ungekühlt per Post / Eilpost / Kurier

Klinische Angaben
 Diagnose:

 gesichert Verdacht

Fragestellung

	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
Chemotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Immunsuppressiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antikörpertherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wachstumsfaktoren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
welche:	bis wann:	
Chemotherapie Zyklus / Tag:		

Bitte aktuelles Blutbild beilegen

Hämoglobin	g/l	Neutrophile	x 10 ⁹ /l	Blasten	%
Leukozyten	x 10 ⁹ /l	Monozyten	x 10 ⁹ /l	Retikulozyten	x 10 ⁹ /l
Thrombozyten	x 10 ⁹ /l	Lymphozyten	x 10 ⁹ /l	CRP	g/l

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

Untersuchungsmaterial Punctio sicca
 Punktionsort Crista iliaca posterior links rechts anderer:
 Materialart Aspirat Abklatsch

Angaben zum Material

- Blutausstriche: 4-5 ungefärbte / unfixierte Blutausstriche (aus EDTA oder Nativ-Kapillarblut)
- Knochenmarkausstriche: 6-10 ungefärbte / unfixierte Knochenmarkausstriche (Antikoagulans: Komplexon III)
- KM-Biopsie Abklatschpräparate:

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

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

vom Labor auszufüllen:

Eingetroffen am: Uhrzeit: Visum: Untersuchungsnummer: