



**Stadt Zürich**  
Stadthospitäl Waid und Triemli

**Institut für Labormedizin**  
Birmensdorferstrasse 497, CH-8063 Zürich

Fachbereich Hämatologie  
**Hämatologische  
Spezialuntersuchungen 2**

Telefon +41 44 416 56 14  
Telefax +41 44 416 56 69  
Rohrpost 12330/12340

Ärztin/Arzt:

Tel./PS:

**Visum Entnahme:** \_\_\_\_\_

Bitte Felder **kräftig**  
mit **Bleistift** markieren

Richtig  Falsch

**Datum/Zeit der Probeentnahme**

Tag	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mt.	Jan	Feb	März	April	Mai	Juni	Juli	Aug	Sept	Okt	Nov	Dez				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Std.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Min.	00	15	30	45												
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												

**Auskunft/Voranmeldung**

Telefon +41 44 416 56 14

**Materialannahme**

Montag bis Donnerstag, 8.00–15.00 Uhr  
Freitag, 8.00–12.00 Uhr

**Freitag nur nach telefonischer Voranmeldung**

**Versandart**

ungekühlt/unzentrifugiert per Eilpost/Kurier

**Untersuchungsmaterial**

- 4 ml EDTA-Blut
- 2–4 ml Knochenmarksaspirat in Heparin-Röhrchen ohne Gel (Lithium Heparin LH 102 IU, grüner Deckel)  
Für MRD  (wichtig 1. Aspirat)
- Anderes (Liquor, Ascites, BAL-Flüssigkeit ...)** nur nach frühzeitiger telefonischer Absprache

**Klinische Angaben**

Diagnose: .....

Hepatomegalie: .....

Splenomegalie: .....

Lymphadenopathie: .....

Paraproteinämie (Typ? Menge?): .....

**Gewünschtes Panel**

- Typisierung nach morphologischem Befund
- T-Zell-Status (CD3, CD4, CD8)
- Immunstatus (CD3, CD4, CD8, CD19, CD 16/56)
- Lymphozytensubpopulationen (Immunstatus plus B-Zell-Klonalität)
- Lymphom
- Blastenscreening
- Akute Leukämie (AML und ALL)
- PNH (extern) → Heparin Blut!
- Systemische Mastocytose
- CD34-Bestimmung (extern)
- MRD (extern)
- Anti-CD20-Therapie (CD3, CD19, CD20)
- Myelom
  - Erstdiagnose
  - MRD
- Hämoglobin fetales (HbF), Mo–Fr 8–16

**Wird durch Labor ausgefüllt**

- Panel Immunstatus (facs1)
- Panel Kleiner Immunstatus (facs2)
- Panel Lymphom (facs3)
- Panel Blastenscreening (facs5)
- Panel Lymphozyten-Screening (facs7)
- Panel Leukämie (facs10)
- Panel CD20-Therapie (facs12)
- Panel Mastocytose (facs 13)
- Panel HbF (facs 14)
- Panel Myelom Erstdiagnose (facs15)
- Panel Myelom MRD (facs16)

**Auftragsnummer**



007029630096