



CML Anforderungsbogen BCR ABL Transkript und Imatinib Talspiegel

Formular

Universitätsklinikum Erlangen
Kinder- und Jugendklinik
Klinisches Labor – Zellbiologie
Loschgestraße 15
91054 Erlangen

Kinder- und Jugendklinik

Direktor: Prof. Dr. med. Joachim Wölfle

Abteilung für Hämatologie und Onkologie

Leiter: Prof. Dr. med. Markus Metzler
Stellv. Klinikdirektor

Sekretariat: Jelena.Dzaliilova
Telefon: 09131 85-33731
Fax: 09131 85-35742
E-Mail: jelena.dzaliilova@uk-erlangen.de
Loschgestraße 15, 91054 Erlangen

CML-Studienzentrale

Telefon: 09131 85-41322

Fax: 09131 85-35742

E-Mail: cml-paed@uk-erlangen.de

Klinisches Labor

Leiter: Prof. Dr. rer. nat. Manfred Rauh

Zellbiologisches Labor:

Telefon: 09131 85-33744

Patientendaten

Patienten-ID:
Name, Vorname:
Geschlecht:
Geburtsdatum:

Einsenderdaten

Name Klinik:
Adresse:
Tel. (bei Rückfragen):
Fax (für Befundübermittlung):

Materialbezeichnung: Peripheres Blut 2x4.9 ml (<2 Jahre 1x4,9ml) **Datum:** TT.MM.JJJJ
(pB, EDTA)

Testung: BCR::ABL Imatinib Talspiegel

Indikation: V. a. CML CML im Verlauf Andere: _____

Diagnosedatum der CML: TT.MM.JJJJ

Therapie: Imatinib Dasatinib Nilotinib Ponatinib **Therapiebeginn:** TT.MM.JJJJ

Präparatname: _____

Aktuelle Dosierung: mg/d Aktuelle Körpergröße: cm Aktuelles Körpergewicht: kg

Imatinibtalspiegelmessung:

Uhrzeit und Datum der letzten Tabletten-Einnahme (nur bei Imatinibeinnahme))erfor- HH:MM / TT.MM.JJJJ

Uhrzeit und Datum der Blutentnahme (nur bei Imatinibeinnahme) HH:MM / TT.MM.JJJJ

→CAVE! Die Blutentnahme zur Imatinib Tal-Spiegelmessung muss VOR der nach dem normalen Zeitintervall stattfindenden nächsten Einnahme erfolgen.
Beispiel: Die Tabletteneinnahme ist täglich um 09:00 Uhr. Dann erfolgt die Blutentnahme zwischen 08:30 und 09:00 Uhr VOR der nächsten
Tabletteneinnahme. **Zeitintervall zwischen letzter Tabletteneinnahme und Blutentnahme mind. 20 – max. 26 Stunden.**



CML Anforderungsbogen BCR ABL Transkript und Imatinib Talspiegel

Formular

Patienten-ID:

Name, Vorname:

Regelmäßige Einnahme (täglich?):

Ja Nein Fraglich

Therapiepausen:

Nein Ja Zeitraum der Pause: TT.MM.JJJJ bis TT.MM.JJJJ

Änderung der Dosierung:

Nein Ja Dosisänderung seit: TT.MM.JJJJ Dosierung: (neu) mg

Begleitmedikation:

Name

Dosis

Name

Dosis

CAVE! Bei gleichzeitiger Anwendung vom Imatinib und anderen Arzneimitteln, kann z.B. Imatinib Konzentration durch CYP3A4-Induktion verändert werden.

Letzter Einnahmezeitpunkt der Begleitmedikation:

Uhrzeit / TT.MM.JJJJ

Anmerkung/ Nebenwirkungen:

Versand:

- Express-Versand/Overnight (**GO!**) im gepolsterten Umschlag (Messung der ungekühlten Proben muss innerhalb von **48 Stunden** erfolgen)
- Bitte vollständig ausgefüllten Einsendebogen beilegen

Ort, Datum

Name in Druckbuchstaben/Unterschrift