



MPN Childhood Registry Einsendebogen

Formular

Universitätsklinikum Erlangen
Kinder- und Jugendklinik
MPN Childhood Registry
Klinisches Labor – Zellbiologie
Loschgstraße 15
91054 Erlangen

Kinder- und Jugendklinik

Direktor: Prof. Dr. med. Joachim Wölffe

Abteilung für Hämatologie und Onkologie

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

MPN Childhood Registry

Leiter: PD Dr. med. Axel Karow
Telefon: 09131 85-41376
Fax: 09131 85-35742
E-Mail: ki-mpn@uk-erlangen.de

Klinisches Labor

Leiter: Prof. Dr. rer. nat. Manfred Rauh
Zellbiologie:
Telefon: 09131 85-33744

Einsendebogen MPN Childhood Registry

Patientendaten

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

Entnahmedatum _____ (tt.mm.jj)

Diagnose _____ Verdacht auf gesichert

Diagnosedatum: _____ (tt.mm.jj)

Zeitpunkt: initial im Verlauf

Klinische Befunde:

Milzvergrößerung ja nein

Lebervergrößerung ja nein

Thrombose ja nein

Lokalisation: _____

Blutung ja nein

Lokalisation: _____

Weitere klinische Befunde: _____

Bisherige/aktuelle Therapie: _____



MPN Childhood Registry Einsendebogen

Formular

Blutbild	Bei KMP	Bei Blutentnahme
Datum	(tt.mm.jj)	(tt.mm.jj)
Leukozyten ($10^9/l$)		
Hämoglobin <input type="checkbox"/> g/dl <input type="checkbox"/>		
Hämatokrit (%)		
Erythrozyten ($10^{12}/l$)		
MCV (fl)		
Thrombozyten ($10^9/l$)		

Material:

Datum (tt.mm.jjjj)

Datum (tt.mm.jjjj)

- hep. KM (2-3ml)
- KM-Ausstriche (10)
- hep. Blut (5-10ml)
- Blutausstriche (10)

- KM-Stanzbiopsie
- Mundschleimhaut
- Haarwurzeln (10-15)

Einsenderdaten

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

Datum, Ort Name in Druckschrift Unterschrift der/des verantwortlichen Ärztin/Arztes