

Universitätsmedizin Frankfurt
Klinik für Kinder- und Jugendmedizin (KKJM)
Prof. Dr. med. Jan-Henning Klusmann
Hämatologie Labor: Haus 32D, EG, Raum D34
Theodor-Stern-Kai 7
D-60590 Frankfurt (Main)

Tel. Studienärzte: +49 (0) 69 6301 84655
Fax: +49 (0) 69 6301 83338
E-Mail: AML-BFM@leukemia-research.de
https://www.leukemia-research.de/AML-BFM
Proben-Management: +49 (0) 15117190251
24h EXPRESSZUSTELLUNG: 09:00 UHR FOLGETAG!
Samstag-/Feiertaglogistik: **NUR** nach tel. Rücksprache !

Einsender/Klinik: Stempel

Arzt _____ Unterschrift _____

Telefon _____ FAX _____

E-Mail _____

Patient (Etikett, inkl. Krankenkasse)

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____ (tt.mm.jjjj) ☐ ♀ ☐ ♂

Versichertenstatus: ☐ gesetzlich ☐ privat ☐ keine

Diagnose / Fragestellung / V.a.: ☐ Erstdiagnose ☐ Rezidiv ☐ Verlauf ☐ M. Down / Trisomie 21 (inkl. Mosaik)
☐ Organomegalie ☐ Extra-medulläre Beteiligung, Lokalisation _____

Erstdiagnose |_____|_____|20_____| 1. Rezidiv |_____|_____|20_____| 2. Rezidiv |_____|_____|20_____| SZT |_____|_____|20_____|

Tages-aktuelles Blutbild	KMP	Blutentnahme	Liquor
	_____ _____ 20_____	(falls von KMP abweichend) _____ _____ 20_____	_____ _____ 20_____
Leukozyten ☐ [/ μ l] ☐ [G/L]			[/ μ l]
Erythrozyten ☐ [/ μ l] ☐ [G/L]			[/ μ l]
Hämoglobin ☐ [g/dl] ☐ [mmol/L]			☐ klar ☐ Blut-kontaminiert
Thrombozyten ☐ [/ μ l] ☐ [G/L]			
Neutrophile ☐ [/ μ l] ☐ [G/L]			

Materialart: ☐ PB-Ausstriche n=6 nativ ☐ PB-EDTA $\geq$ 10 ml ☐ PB-Heparin $\geq$ 10 ml ☐ Liquor-Zytospins nativ
☐ KM-Ausstriche n=6 nativ ☐ KM-EDTA $\geq$ 10 ml ☐ KM-Heparin $\geq$ 10 ml ☐ Sonstiges _____

Untersuchungszeitpunkt (letzter Block):

Startdatum |_____|_____|20_____|

☐ **De novo AML**
Risikogruppe: ☐ SR ☐ IR ☐ HR

Nach... (andere)

1. Block ☐ ICE ☐ +GO ☐ _____

2. Block ☐ HAM ☐ +GO ☐ _____

3. Block ☐ HAE ☐ _____

4. Block ☐ hAM ☐ _____

5. Block ☐ HA ☐ _____

Erhaltung ☐ Sorafenib ☐ _____

☐ MRD Verlauf (peripheres Blut alle 4 Wochen für 1 Jahr)

☐ Sonstiges _____

☐ **APL – FAB M3**
Risikogruppe: ☐ SR ☐ HR

(andere)

☐ Woche 4 **IND** ☐ +GO ☐ _____

☐ Woche 8 **IND** ☐ +GO ☐ _____

☐ Woche 12 **C1/c1-2**

☐ Woche 16 **C1/c1-2**

☐ Woche 24 **C2/c3-4**

☐ Woche 32 **C3/c5-6**

☐ Woche 36 **C4/c7-8**

☐ MRD Verlauf (peripheres Blut alle 4 Wochen für 1 Jahr)

☐ Sonstiges _____

☐ **MDR-AML; t-AML**

1. Block ☐ ICE ☐ VenAza
☐ _____ (andere)

2. Block ☐ AI ☐ HAM ☐ VenAza
☐ _____ (andere)

☐ MRD Verlauf

☐ Sonstiges _____

☐ **TAM (TMD)**

☐ Cytarabine ☐ _____ (andere)

☐ Verlauf [Monat+] _____ [m1, 2, 3, 6, 12, 18, 24, 36, 48]

☐ **ML-DS**

Nach... (andere)

1. Block ☐ CPX-351 ☐ AIE ☐ _____

2. Block ☐ CPX-351 ☐ AI ☐ _____

3. Block ☐ haM ☐ _____

4. Block ☐ hA ☐ HA ☐ _____

☐ MRD Verlauf

☐ Sonstiges _____

☐ **Relapse / Refractory AML**

1. Re-Induktion ☐ FLA ☐ +GO ☐ +Ida
☐ _____ (andere)

2. Re-Induktion ☐ FLA ☐ +GO ☐ +Ida
☐ _____ (andere)

☐ MRD Verlauf

☐ Sonstiges _____

☐ **Allo-SZT** ☐ MSD ☐ MUD ☐ Haplo

☐ Vor SZT

☐ Nach SZT [Tag +] _____ [d+30, +60, +100, +180, +360]
☐ Treo – Flu – Thio
☐ Bu – Cy – Mel

☐ MRD Verlauf

☐ Sonstiges _____

AML-BFM-Referenzdiagnostik

Universitätsmedizin Frankfurt

Klinik für Kinder- und Jugendmedizin (KKJM)

Prof. Dr. med. Jan-Henning Klusmann

Hämatologie Labor: Haus 32D, EG, Raum D34

Theodor-Stern-Kai 7

D-60590 Frankfurt (Main)

Einsender/Klinik: Stempel

Arzt Unterschrift

Telefon FAX

E-Mail

Patient (Etikett, inkl. Krankenkasse)

Name

Vorname

Geburtsdatum (tt.mm.jjjj) ☐ ♀ ☐ ♂

Versichertenstatus: ☐ gesetzlich ☐ privat ☐ keine

Einwilligung in die Datenweitergabe

- ☐ Hiermit erteile ich meine jederzeit widerrufliche Einwilligung, dass die Universitätsmedizin Frankfurt, Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, AML-BFM-Referenzlabor sowie Herr Prof. Dr. Jan-Henning Klusmann die zur Referenzdiagnostik wesentlichen Daten der Behandlung - insbesondere solche aus der Patientenakte (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Krankenversicherung, Befunde, Behandlungsverläufe u. a.) – auch soweit es sich dabei um besondere Arten personenbezogener Daten im Sinne des Art. 9 Abs. 1 der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) handelt, erhalten dürfen.
- ☐ Ich willige ein, dass Universitätsmedizin Frankfurt, Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, AML-BFM-Referenzlabor sowie Herr Prof. Dr. Jan-Henning Klusmann die im vorherigen Absatz genannten Daten an die mit der Abrechnung beauftragte Abrechnungsstelle, ausschließlich zum Zwecke der Rechnungsstellung und des Inkassos weitergeben dürfen. Ich entbinde das Universitätsmedizin Frankfurt, die Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, das AML-Referenzlabor sowie Herrn Prof. Dr. Jan-Henning Klusmann ausdrücklich von der ärztlichen Schweigepflicht, soweit dies für die vorgenannte Datenweitergabe erforderlich ist.

Einwilligung in genetische Diagnostik

- ☐ Ich willige ein, dass im Rahmen der diagnostischen Abklärung genetische Untersuchungen durchgeführt werden dürfen, soweit sie für die medizinische Beurteilung, Diagnosestellung, Therapieplanung oder Verlaufskontrolle erforderlich sind. Dabei können genetische Analysen vorgenommen werden, die Rückschlüsse auf krankheitsrelevante genetische Veränderungen, molekulare Eigenschaften der Erkrankung sowie auf den zu erwartenden Krankheitsverlauf oder das Ansprechen auf bestimmte Therapien ermöglichen. Ich bin damit einverstanden, dass das Untersuchungsmaterial zu diesen Zwecken im AML-BFM-Referenzlabor analysiert wird sowie an die Alacris Theranostics GmbH in pseudonymisierter Form übergeben wird. Über Wesen, Bedeutung, Tragweite und Durchführung der genetischen Untersuchung, die etwaig auf den Ergebnissen beruhenden Therapiemöglichkeiten und den damit verbundenen Risiken bin ich entsprechend § 9 des Gendiagnostikgesetzes in einem ärztlichen Beratungsgespräch umfassend aufgeklärt worden. Die genetischen Befunde werden ausschließlich in der Patientenakte der Universitätsmedizin Frankfurt, Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, AML-Referenzlabor gespeichert und nur den an der Behandlung beteiligten Ärztinnen und Ärzten zugänglich gemacht. Außerhalb des Untersuchungsauftrags werden keine genetischen Analysen durchgeführt.

Einwilligung zur Lagerung und Nutzung von Biomaterialien

- ☐ Ich willige ein, dass das Restmaterial nach Abschluss des Untersuchungsauftrags zum Zwecke der Nachprüfbarkeit der Ergebnisse und Qualitätssicherung sowie für spätere neue Diagnostikmöglichkeiten in der lokalen Biobank auf unbestimmten Zeitraum aufbewahrt wird. Die Lagerung dient der zweckgebundenen diagnostischen Nutzung mit getrennter Verwaltung des Namens und anderer direkt identifizierender Daten.
- ☐ Das in der lokalen Biobank gelagerte Material, das nicht für die Diagnostik erforderlich ist, darf für weitere wissenschaftliche Untersuchungen verwendet werden. Der Forschungsnutzen zielt darauf ab, unser Verständnis der Ursachen und Diagnostik von Krankheiten zu verbessern und auf dieser Grundlage Prävention, Versorgung und Behandlung weiterzuentwickeln. Proben werden nur pseudonymisiert weiterverwendet. Zu diesem Zweck werde ich anhand der Patienteninformationen und Einwilligungserklärungen der AML-BFM-Studiengruppe und/oder der Universitätsmedizin Frankfurt (weiterführende Informationen unter <https://www.leukemia-research.de/aml-bfm>) in einem separaten ärztlichen Aufklärungsgespräch umfassend informiert.

Widerrufsbelehrung:

Sie können Ihre Einwilligung zur Datenweitergabe, genetischen Diagnostik und Lagerung sowie Nutzung von Biomaterialien jederzeit ohne Angaben von Gründen ganz oder teilweise zurückziehen per E-Mail an aml-bfm@leukemia-research.de.

Datum

Unterschrift Patient/Gesetzliche Vertretung

Sofern nur ein Elternteil unterzeichnet, versichere ich mit meiner Unterschrift, dass ich als sorgeberechtigter Elternteil auch mit Wissen und Einverständnis des weiteren Sorgeberechtigten handle.