



MARTIN-LUTHER-UNIVERSITÄT  
HALLE-WITTENBERG

Institut für Medizinische Immunologie  
**Durchflusszytometrielabor**  
Laborleitung: Frau PD Dr. Riemann  
06097 Halle/Saale, Magdeburger Straße 02  
☎ (0345) 557-1358  
Fax (0345) 557-1845



Name, Vorname:	.....
Geburtsdatum:	.....
<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W	
Klinik+Station:	.....
Arztname:	.....
Klinikanschrift:	.....
Telefon+Fax.Nr:	.....

### UNTERSUCHUNGSaufTRAG ZUR IMMUNDIAGNOSTIK Durchflusszytometrie

Untersuchung (Untersuchungsmaterial: 2.7ml EDTA-Blut / KM / Liquor / Erguss bzw. 30ml BALF)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Immunstatus mit T-Zellaktivierung (CD57, HLA-DR) | <input type="checkbox"/> Typisierung bronchoalveolärer Lavage                            |
| <input type="checkbox"/> Immunstatus (HIV-Monitoring)                     | <input type="checkbox"/> CD1a (bei Histiozytosis X)                                      |
| <input type="checkbox"/> Immunstatus (unter Rituximabtherapie)            | <input type="checkbox"/> Eisenfärbung (Siderophagen)                                     |
| <input type="checkbox"/> T-Zell-Rezeptoren (Klonalität)                   |  |
| <input type="checkbox"/> B-Zell-Panel (CVID-Subtypen)                     | <input type="checkbox"/> Typisierung von Leukämie-/ Lymphomzellen                        |
| <input type="checkbox"/> HLA-DR auf Monozyten (Immunparalyse?)            | <input type="checkbox"/> Paroxysmale nächtliche Hämaturie<br>(Kontrollblut erforderlich) |
| <input type="checkbox"/> Ratio (CD3, CD4, CD8)                            |  |

**Ergänzung zum Immunstatus:**

- B-Gedächtniszellen
- T-Gedächtniszellen
- T-Regulatorzellen
- Thymus T-Zellen (CD31)

**nur nach telefonischer Anmeldung:**

- Granulozytenfunktionstest (Oxidativer Burst)
- Antigen-spezifische T-Zellen (CMV-/EBV-Tetramere)
- Zytotoxizität der NK-Zellen (CD107)

**Klinische Fragestellung:**

**Diagnose:**

Blasten:            %

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Lymphome              | <input type="checkbox"/> Erstuntersuchung      |
| <input type="checkbox"/> B-Symptomatik         | <input type="checkbox"/> Rezidiv               |
| <input type="checkbox"/> Paraprotein bei NHL   | <input type="checkbox"/> Remissionsbeurteilung |
| <input type="checkbox"/> Hepato-/Splenomegalie |  |

**Einsendematerial**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ..... ml Blut                            | BAL Lungensegment: .....   |
| <input type="checkbox"/> ..... ml Knochenmark                     | Installation: ..... ml   |
| <input type="checkbox"/> ..... ml Liquor, Pleura-, Gelenkpunktat  | Rücklauf: .....ml  |
| <input type="checkbox"/> Lymphknoten, Gewebe (in physiol. Lösung) | <input type="checkbox"/> Raucher <input type="checkbox"/> Nichtraucher |

**Laufende Therapie**

- Immunsuppression? (Medikament, Dosierung)
- Zytostatika bis
- Sonstiges (z.B. Anti-CD20)

Ort, Abnahmedatum/-uhrzeit

leserliche Unterschrift und Stempel des einsendenden Arztes

Kopiervorlage