

Referenzzentrum - Liquordiagnostik des Forschungs- und
Behandlungsnetzwerkes HIT
Institut für Neuropathologie
Prof. Dr. med. C. Hagel
Haus O38
Martinistraße 52
20246 Hamburg

FAX: 040-7410-54929
Tel.: 040-7410-53222 (Labor)

einsendende Klinik (Stempel)

Patienten Name

____ . ____ . ____
Geburtsdatum

Histologie : _____

Studie/ Register: _____

Datum Tumor-OP: ____ . ____ . ____

Primärdiagnostik / Staging

<input type="checkbox"/> Lumbal präoperativ	Punktionsdatum:	____ . ____ . ____
<input type="checkbox"/> Ventrikel intraoperativ	Punktionsdatum:	____ . ____ . ____
<input type="checkbox"/> Lumbal intraoperativ	Punktionsdatum:	____ . ____ . ____
<input type="checkbox"/> Lumbal postoperativ	Punktionsdatum:	____ . ____ . ____
<input type="checkbox"/> Ventrikel postoperativ	Punktionsdatum:	____ . ____ . ____

Diagnostik im Verlauf

- Begründung:** Während Therapie vor Erreichen CR
 Untersuchung bei R+ und/oder Metastasen nach Therapieelement
 Verdacht auf Rezidiv

Angaben zum Therapiezweig und/oder zur derzeitigen Therapie:

- nach Zyklus/ Block Nr. ____ nach Bestrahlung nach HDCT
 anderer Zeitpunkt: _____ Nachsorge

<input type="checkbox"/> Lumbal-Liquor	Punktionsdatum:	____ . ____ . ____
<input type="checkbox"/> Ventrikel-Liquor	Punktionsdatum:	____ . ____ . ____

Angaben zum lokalen Befund:

- positiv negativ unklar nicht durchgeführt

Klinische Angaben:

Bitte mindestens 2 (wünschenswert sind 5) ungefärbte, unfixierte und luftgetrocknete
Zytospinpräparate einsenden!

(Bitte auch Anleitung zur Herstellung beachten !)

Version Feb 2016