

Patientenkleber

Auftrag IHPD: Blut

Rechnung an: <input type="checkbox"/> Versicherung <input type="checkbox"/> Auftraggeber / Spital <input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> IV / SUVA	Versicherungsdetails: <input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> stationär KK / Vers.: _____ Adresse: _____ Police-Nr.: _____	<input type="checkbox"/> Telefonische Befundmitteilung Tel: _____ Kontakt: _____
--	--	--

Kopie(n) an:

Klinische Angaben: _____	Bisherige Therapien: <input type="checkbox"/> Chemo-/Strahlentherapie <input type="checkbox"/> Andere: _____
Fragestellung: _____	Vorbefunde: <input type="checkbox"/> Pathologie KSSG <input type="checkbox"/> extern (Kopie beilegen)

Bitte Probenmaterial und gewünschte Untersuchung(en) ankreuzen

Molekulare Untersuchungen	Untersuchungsmaterial
<input type="checkbox"/> CLL Panel TP53 Verlust [del(17p13.1)] ATM Verlust [del(11q22.3)] D13S319 Verlust [del(13q14.3)] Trisomie 12 [+12] Oncomine Lymphoma Panel IGHV Mutationsstatus <i>(nicht erwünschte Untersuchungen bitte streichen)</i>	8ml Vollblut in CPT-Röhrchen (BD, Ref. 362782*)
<input type="checkbox"/> Myeloisches Genpanel (NGS, Oncomine Myeloid Research Assay)	5ml EDTA-Blut
<input type="checkbox"/> Lymphompanel (NGS, Oncomine Lymphoma Panel)	5ml EDTA-Blut
<input type="checkbox"/> RNA/DNA Banking	5ml EDTA-Blut

Zu beachten:

- Unmittelbar nach Entnahme an Pathologie senden (Rohrpost 1110)
 - CLL Panel Annahme Montag bis Mittwoch 8-17h, Donnerstag 8-13h, Lymphozytenzahl mind. 10 G/l
- *Bezug über das Institut für Pathologie: pathologie@kssg.ch oder telefonisch unter 071 494 2102

FACS Untersuchungen (ins Labor IHPD geben)	Untersuchungsmaterial		
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"> <input type="checkbox"/> Lymphom-Screening <input type="checkbox"/> B-Subtypisierung <input type="checkbox"/> T-Subtypisierung <input type="checkbox"/> NK-Subtypisierung <input type="checkbox"/> Myelom/ Plasmazellen </td> <td style="width: 50%; border: none;"> <input type="checkbox"/> Akute Leukämie Screening <input type="checkbox"/> Subtypisierung AML <input type="checkbox"/> Subtypisierung B-ALL <input type="checkbox"/> Subtypisierung T-ALL <input type="checkbox"/> _____ </td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Lymphom-Screening <input type="checkbox"/> B-Subtypisierung <input type="checkbox"/> T-Subtypisierung <input type="checkbox"/> NK-Subtypisierung <input type="checkbox"/> Myelom/ Plasmazellen	<input type="checkbox"/> Akute Leukämie Screening <input type="checkbox"/> Subtypisierung AML <input type="checkbox"/> Subtypisierung B-ALL <input type="checkbox"/> Subtypisierung T-ALL <input type="checkbox"/> _____	3ml EDTA Blut
<input type="checkbox"/> Lymphom-Screening <input type="checkbox"/> B-Subtypisierung <input type="checkbox"/> T-Subtypisierung <input type="checkbox"/> NK-Subtypisierung <input type="checkbox"/> Myelom/ Plasmazellen	<input type="checkbox"/> Akute Leukämie Screening <input type="checkbox"/> Subtypisierung AML <input type="checkbox"/> Subtypisierung B-ALL <input type="checkbox"/> Subtypisierung T-ALL <input type="checkbox"/> _____		

Leukozytenzahl: _____ G/l

Lymphozytenzahl: _____ G/l

Entnahmedatum/-zeit:

Stempel, Name und Unterschrift
des einsendenden Arztes oder Ärztin/Spitals