



Molekulare und Pränatale Diagnostik

Abnahme-Datum
T T T M M M J J J J J J

Abnahme-Zeit
H H M M

Arzt-Suchernr.
| | | | |

Tel. Station
| | | | |

Nachbestellung von Auftragsformularen
 10 Stück 50 Stück
 30 Stück 100 Stück

externe Referenznummer
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Patienten-Etikette oder Patienten-Angaben

Name: _____
 Vorname: _____
 Geschlecht: _____
 Geburtsdatum: _____
 Strasse: _____
 PLZ/Ort: _____

Rechnung an:
 Patient
 Auftraggeber
 Drittzahler

Befundkopie an:

Vacutainer violett (EDTA)

Für molekulargenetische Untersuchungen benötigen wir EDTA-Vollblut. Das Röhrchen darf zum Schutz vor Kontamination nicht geöffnet werden. Einverständniserklärung zu allen genetischen Untersuchungen erforderlich (siehe unten).

Kardiovaskuläre Risikofaktoren
 MTHFR Gen C677T
 Apo E Gen (ε2,ε3,ε4)

Stoffwechsel
 HFE Gen (C282Y,H63D,S65C)
 LCT Gen T-13910C

Pharmakogenetik

<input type="checkbox"/> BCHE Gen A-/K- Var.	①
<input type="checkbox"/> CYP 2C9 Gen (*2,*3)	①
<input type="checkbox"/> CYP 2C19 Gen (*2,*3,*17)	①
<input type="checkbox"/> CYP 2D6 Gen (*3,*4,*5,*6, 2x2)	①
<input type="checkbox"/> NAT2 Gen	①
<input type="checkbox"/> VKORC1 Gen (G-1639A)	①
<input type="checkbox"/> HLA-B*5701	②
<input type="checkbox"/> TPMT-Aktivität	③
<input type="checkbox"/> TPMT Gen (*1,*2,*3A,*3B,*3C)	②
<input type="checkbox"/> DPYD Gen (Exon 14-skipping mut.)	②
<input type="checkbox"/> UGT1A1 Gen (TA) 6/7	②
<input type="checkbox"/> UGT1A6 Gen T181A	①
<input type="checkbox"/> IL-28B Gen	①
<input type="checkbox"/> MTHFR Gen C677T	①

DNA-Extraktion

Markierung
 Richtig
 Falsch

Einsendercode Auftraggeber

- ① Kostenübernahme durch die Krankenversicherung gemäss KVG bei Verordnung durch einen Arzt/eine Ärztin mit eidg. Weiterbildungstitel in klin. Pharmakologie und Toxikologie. Bitte wenden Sie sich ggf. an die Klinik für Klinische Pharmakologie und Toxikologie des USZ: Tel: 044 255 27 70 oder e-mail: pharmakologie@usz.ch
Limitationen: Analyseliste des BAG "Pharmakogenetische Analyse".
- ② Kostenübernahme durch die Krankenversicherung gemäss KVG durch alle Ärzte/Ärztinnen unabhängig von Weiterbildungstitel.
Limitationen: Analyseliste des BAG "Pharmakogenetische Analyse".
- ③ Separates EDTA Röhrchen

Einwilligung zur genetischen Untersuchung
 Ich bestätige hiermit, dass ich den oben genannten Patienten über die genetische Untersuchung gemäss dem Gesetz über genetische Untersuchungen beim Menschen (GUMG) hinreichend aufgeklärt habe, und dass der Patient dieser Untersuchung zugestimmt hat.
 Das Probenmaterial darf für Qualitätssicherungsmassnahmen und zur Entwicklung und Evaluation neuer Tests am Institut für Klinische Chemie verwendet werden. Ja Nein

Zuweisender Arzt: Name und Adresse (vollständig + Stempel):
 Ort und Datum:
 Unterschrift:

Bemerkungen:

Bitte jedes Röhrchen nach Blutentnahme 5 mal sorgfältig kippen!

Labornummer



Pränataldiagnostik

Perinataldiagnostik (Fruchtwasser)

Nativ-Röhrchen

PRÄNATALE EINZELPARAMETER

Vacutainer rot (Serum)

AFP im Fruchtwasser ④

freies β -HCG (ohne Risikobewertung) ⑤

PAPP-A (ohne Risikobewertung) ⑤

AFP (ohne Risikobewertung) ④

1. Trimester Screening (freies β -HCG + PAPP-A) ohne Risikobewertung ⑤

Schwangerschaftsdauer:

Wochen:

Tage:

Diagnose:

Bitte in Blockschrift ausfüllen

Therapie:

Bitte in Blockschrift ausfüllen

1. Trimester Screening ⑤

Zeitpunkt: 45-84 mm SSL. Schliesst Messung des freien b-HCG und PAPP-A ein

Gewicht der Frau in kg:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
100	200								
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10	20	30	40	50	60	70	80	90	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1	2	3	4	5	6	7	8	9	

Ethnische Herkunft

- | | |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Europäisch und Nordafrika | <input type="checkbox"/> Ostasiatisch |
| <input type="checkbox"/> Afro-Karibisch | <input type="checkbox"/> Südasiatisch |
| <input type="checkbox"/> Südostasiatisch | <input type="checkbox"/> Gemischt |
| <input type="checkbox"/> Andere | |

Anzahl Feten:

- 1 2 3 >3

Chorionizität bei Zwillingschwangerschaft

- dichorial monochorial

IVF-Schwangerschaften

Datum der Befruchtung _____

Ggf. Geburtsdatum der Eizellspenderin _____

Vorangegangene Fehlgeburt(en)

- Ja Nein

Vorangegangene SS mit Trisomie

Trisomie 21 Ja Nein

Trisomie 18 Ja Nein

Trisomie 13 Ja Nein

Name des/der Ultraschallers/in:

Blockschrift

Name anfordernder Arzt/in:

Blockschrift

Datum des Ultraschalls:

Tag	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	10	20	30									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9			
Monat	Jan	Feb	März	April	Mai	Juni	Juli	Aug	Sept	Okt	Nov	Dez

SSL (CRL) in mm:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
40	50	60	70	80					
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1	2	3	4	5	6	7	8	9	

Gestationsalter gemäss SSL:

Wochen	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	10	20	30	40						
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Tage	1	2	3	4	5	6				

Nackentransparenz in mm:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10									
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1	2	3	4	5	6	7	8	9	
	0.1	0.2	0.3	0.4	0.5	0.6	0.7	0.8	0.9

Insulinpflichtiger Diabetes mellitus der Schwangeren

- Ja Nein

Nikotin

- Ja Nein

AFP Plus Test ⑤

Zeitpunkt: 14 + 0 bis 18 + 6 SSW. Schliesst Messung des freien b-HCG und AFP ein. Risikobewertung für Trisomie 21 und Neuralrohrdefekte.

oder

AFP-Test: ④

Zeitpunkt: 14 + 0 bis 18 + 6 SSW. Schliesst Messung von AFP ein. Nur Risikobewertung für Neuralrohrdefekte

Datum der letzten Periode:

Tag	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	10	20	30									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9			
Monat	Jan	Feb	März	April	Mai	Juni	Juli	Aug	Sept	Okt	Nov	Dez

Datum des ersten Ultraschalls:

Tag	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	10	20	30									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9			
Monat	Jan	Feb	März	April	Mai	Juni	Juli	Aug	Sept	Okt	Nov	Dez

Gewicht der Frau in kg:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
100	200								
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10	20	30	40	50	60	70	80	90	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1	2	3	4	5	6	7	8	9	

Dies entsprach damals:

Wochen	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	10	20	30	40					
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Tage	1	2	3	4	5	6			

Ethnische Herkunft

- | | |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Europäisch und Nordafrika | <input type="checkbox"/> Ostasiatisch |
| <input type="checkbox"/> Afro-Karibisch | <input type="checkbox"/> Südasiatisch |
| <input type="checkbox"/> Südostasiatisch | <input type="checkbox"/> Gemischt |
| <input type="checkbox"/> Andere | |

Anzahl Feten:

- 1 2 3 >3

Muss auf Grund des US der Termin korrigiert werden

- Ja Nein

Vorangegangener Neuralrohrdefekt

- Ja Nein

Vorangegangene SS mit Trisomie 21

- Ja Nein

Insulinpflichtiger Diabetes mellitus der Schwangeren

- Ja Nein

Nikotin

- Ja Nein

Bemerkungen:

Bitte in Blockschrift ausfüllen

④ USZ Extern: Bei Versand bei Raumtemperatur, Probe innerhalb von 24h im Labor, sonst gekühlt schicken.

⑤ USZ Extern: Probe gekühlt schicken

