

**Institut für Pathologie und  
Molekularpathologie**

**In situ-Techniken – FISH/CISH**

Schmelzbergstrasse 12  
8091 Zürich  
Tel.: (+41) 044 255 19 87 oder 044 255 14 75  
[www.pathologie.usz.ch](http://www.pathologie.usz.ch)

**Einsendende Pathologie** (Institut, Adresse,  
Telefonnummer):

Einsenddatum: \_\_\_\_\_

Proben-Nr: \_\_\_\_\_

Block-Nr: \_\_\_\_\_

eingesandte Anzahl:    Schnitte \_\_\_\_\_    Block \_\_\_\_\_

(2um)

Ärztlichen Befund senden an:    Auftraggeber     andere: \_\_\_\_\_

Die Rechnung geht an: Patient     Auftraggeber     andere: \_\_\_\_\_

Diagnose: \_\_\_\_\_

Patient:    männlich     weiblich

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

FISH (bitte den ganzen Paraffinblock einsenden)					
LYMPHOM / LEUKÄMIE		SARKOM		DIVERSE ANWENDUNGEN	
<input type="checkbox"/>	BCR/ABL (22q11.2/9q34)	<input type="checkbox"/>	DDIT3 bap (CHOP) (12q13)	<input type="checkbox"/>	C-MYC/CEP8 (8q24.12-q24.13/8p11.1-q11.1)
<input type="checkbox"/>	BCL2 bap (18q21)	<input type="checkbox"/>	EWSR1 bap (22q12)	<input type="checkbox"/>	PTEN/CEP10 (10q23/1p11.1-q11.1)
<input type="checkbox"/>	BCL6 bap (3q27)	<input type="checkbox"/>	FOXO1 bap (FKHR) (13q14)	<input type="checkbox"/>	FGFR1/CEP8 (8p12/D8Z2)
<input type="checkbox"/>	MALT1 bap (18q21)	<input type="checkbox"/>	FUS bap (16p11)	<input type="checkbox"/>	I12p/CEN12 (12p13.3/12p11.1-q11.1)
<input type="checkbox"/>	MYC bap (8q24)	<input type="checkbox"/>	SS18 bap (SYT) (18q11)	<input type="checkbox"/>	N-MYC/CEP2 (2p24/2p11.1-q11.1)
<input type="checkbox"/>	CCND1 bap (11q13)	<input type="checkbox"/>	MDM2/CEP12 (12q15/D12Z3)	<input type="checkbox"/>	CEP18/X/Y (18p11.1-q11.1/Xp11.1-q11.1/Yq12)
<input type="checkbox"/>	IGH bap (14q32.3)	<input type="checkbox"/>	CDK4/CEP12 (12q14.1/D12Z3)		
<input type="checkbox"/>	TCRA/D bap (14q11.2)	<input type="checkbox"/>	RB1 (13q14)		
<input type="checkbox"/>	IRF4/DUSP22 (6p25.3)	<input type="checkbox"/>	USP6 bap (17p13)	<b>Lunge (NSCLC)</b>	
		<input type="checkbox"/>	COL1A1 bap (17q 21.33)	<input type="checkbox"/>	ALK bap (2p23)
		<input type="checkbox"/>	CIC bap (19q13.2)	<input type="checkbox"/>	ROS1 bap (6q22.1)
		<input type="checkbox"/>	JAZF1 bap (7p15.1-p15.2)	<input type="checkbox"/>	MET/CEP7 (7q31.2/7p11.1-q11.1)
		<input type="checkbox"/>	NR4A3 bap (9q22.33-q31.1)	<input type="checkbox"/>	RET bap (10q11.21)
<b>SPEICHELDRÜSE</b>		<input type="checkbox"/>	YWHAE bap (17p13.3)	<b>NIERE</b>	
<input type="checkbox"/>	ETV6 bap (12p13)			<input type="checkbox"/>	TFE3 bap (Xp11.2)
<input type="checkbox"/>	MAML2 bap (MEC1) (11q21)			<input type="checkbox"/>	VHL/CEN3 (3p25.3/ D3Z1)
<input type="checkbox"/>	MYB bap (6q23.2-q23.3)	<input type="checkbox"/>	<b>Andere Sonden (siehe Text *)</b>	<input type="checkbox"/>	TFEB bap (6p21.1)
<input type="checkbox"/>	PRKD1 bap (14q12)				
<input type="checkbox"/>	MYBL1 bap (8q13.1)				
		<b>MAMMA / MAGEN</b>			
		<input type="checkbox"/>	HER2/CEP17 (17q11.2-q12/17p11.1-q11.1)		

	<b>CISH (bitte den ganzen Paraffinblock einsenden)</b>
<input type="checkbox"/>	EBER (EBV)
<input type="checkbox"/>	Kappa/Lambda

25.08.2021

\*Bei Sonden, die nicht in der Liste aufgeführt sind, bitte das Labor telefonisch kontaktieren:  
Tel. 044 255 19 87

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

Kopie an: