



**Molekularpathologie**

Schmelzbergstrasse 12

8091 Zürich

Tel.: (+41) 044 255 1666

Fax: (+41) 044 255 1666

molpath@usz.ch

www.pathologie.usz.ch

**Auftraggeber** (Adresse, Telefonnummer):

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

**Datum der Probenentnahme:** \_\_\_\_\_

**Eingesandtes Material:**

**Bitte Probenanforderungen für die verschiedenen**

**Analysen beachten**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Paraffinblock              | <input type="checkbox"/> Frischgewebe: |
| <input type="checkbox"/> HE-Schnitt                 | _____                                  |
| <input type="checkbox"/> Blut (EDTA)                | <input type="checkbox"/> Ausstrich     |
| <input type="checkbox"/> KM (EDTA)                  | <input type="checkbox"/> Plasma        |
| <input type="checkbox"/> DNA; extrahiert aus: _____ | <input type="checkbox"/> ThinPrep      |
| <input type="checkbox"/> _____                      | <input type="checkbox"/> Liquor        |
| <input type="checkbox"/> Probe USZ, Nr. _____       |  |

**Patient** männlich  weiblich

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

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

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

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

\_\_\_\_\_

**Weitere Angaben zu der Probe:** \_\_\_\_\_  
(Organ, Lokalisation etc.)

**Diagnose, Vorbefunde, klinische Angaben:** \_\_\_\_\_

**Fragestellung:** \_\_\_\_\_

**Bemerkungen:** \_\_\_\_\_

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

Einsender (falls nicht Auftraggeber): \_\_\_\_\_

Befundkopie geht an: \_\_\_\_\_

**Datum:** \_\_\_\_\_ **Unterschrift:** \_\_\_\_\_

Unterstrichene Textpassagen führen via Link zu Genlisten oder weiteren Informationen

<b>Endokrines System (ohne hereditäre Erkrankungen)</b>			
<b>Einzelgen-/ sequenzielle Mutationsanalysen<sup>1)</sup></b> PCR / Sanger-Sequenzierung	<b>Tumor Profiling<sup>2)</sup></b> (Mutationen, Amplifikationen, Translokationen / Fusionen) Next Generation Sequencing	<b>Liquid Biopsy<sup>3)</sup></b> <b>Tumor Monitoring</b> Next Generation Sequencing	<b>Schnelltest<sup>4)</sup></b> Detektion der häufigsten Mutationen
<p><b>Risikostratifizierung Schilddrüsenkarzinom</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>BRAF</b> Ex 15 + <b>TERT</b> Promotor</p> <p><input type="checkbox"/> <b>BRAF</b> Ex 15</p> <p><input type="checkbox"/> <b>KRAS</b> Ex 2-4</p> <p><input type="checkbox"/> <b>NRAS</b> Ex 2-4</p> <p><input type="checkbox"/> <b>HRAS</b> Ex 2-4</p> <p><input type="checkbox"/> <b>TERT</b> Promotor</p>	<p><input type="checkbox"/> <u>Oncomine™ Compr. Assay v3 (OCA)</u></p> <p><input type="checkbox"/> <u>Archer® SalivGlandDx Panel (custom design mit NTRK1-3)</u></p> <p><u>FoundationOne®CDx</u> (Bitte separates Formular verwenden)</p>	<p><input type="checkbox"/> <u>Oncomine™ Colon cfDNA Assay</u></p> <p><input type="checkbox"/> <u>Oncomine™ Pan-Cancer cfNT Assay</u></p> <p><b>Bitte beachten:</b> 10 - 20 ml Vollblut (K2-EDTA Plasma Röhrchen) =&gt; Versand innerhalb <b>12 h</b> (letzter möglicher Eingang USZ um 16:00). Bitte Datum und Zeit der Abnahme vermerken (für weitere Informationen siehe <u>Probenmaterial</u>).</p>	<p><input type="checkbox"/> <u>Idylla™ NRAS / BRAF Mutation</u></p> <p><input type="checkbox"/> <u>Idylla™ KRAS Mutation</u></p>

**Zusatzinformationen zu den Analysen**

	<b>Dauer der Analysen (Arbeitstage ab Probeneingang)</b>	<b>Kosten für die technischen Leistungen</b>
1)	Mutationsanalyse (PCR / Sanger): 2 - 4 Tage	471 TP pro Assay (1-3 Exone)
2)	OCA: 5-10 Tage	2353 TP (DNA od. RNA einzeln: 1412 TP)
	Archer® SalivGlandDx Panel: 5-10 Tage	1412 TP
	FoundationOne®CDx: 10 Tage	5000 TP
3)	Liquid Biopsy: 5-10 Tage	2353 TP
4)	Schnelltest Idylla: 1-2 Tage	471 TP

Hinweise zum Probenmaterial in Bezug zu den verschiedenen Analysen

Direkte Ansprechpersonen zu den verschiedenen Analysen