

## BIOPSIE

Annahme Tel. 044 255 25 29 / 25 32  
Intern: Gegensprechanlage Nr. 2082  
Sekretariat Tel. 044 255 25 11  
pathologie@usz.ch

## Prostata-Template-Biopsien

Datum der Entnahme: \_\_\_\_\_

### Klinische Angaben / Diagnose / bisherige Therapie / auswärtige Untersuchungen

PSA: \_\_\_\_\_ ng/ml (Ratio: \_\_\_\_\_ %)

TRUS-Gesamtvolumen: \_\_\_\_\_ ml

TRUS-Adenomvolumen: \_\_\_\_\_ ml

Prostata-Tastbefund: \_\_\_\_\_

Anzahl früherer Prostata-Biopsien: \_\_\_\_\_ wann: \_\_\_\_\_

### Fragestellung

HGPIN  ASAP  Karzinom: \_\_\_\_\_

(bei Karzinom bitte Angabe des Gleason score, Anzahl und Lokalisation der befallenen Stenzen sowie Anteil Karzinom pro befallener Stanze)

### Angaben zur Probe

- |                          |  |                          |  |
|--------------------------|--|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Area 1: Left parasagittal anterior Apex  | <input type="checkbox"/> | Area 11: Left lateral                      |
| <input type="checkbox"/> | Area 2: Left parasagittal anterior Base  | <input type="checkbox"/> | Area 12: Right lateral                     |
| <input type="checkbox"/> | Area 3: Right parasagittal anterior Apex | <input type="checkbox"/> | Area 13: Left parasagittal posterior Apex  |
| <input type="checkbox"/> | Area 4: Right parasagittal anterior Base | <input type="checkbox"/> | Area 14: Left parasagittal posterior Base  |
| <input type="checkbox"/> | Area 5: Midline Apex                     | <input type="checkbox"/> | Area 15: Right parasagittal posterior Apex |
| <input type="checkbox"/> | Area 6: Midline Base                     | <input type="checkbox"/> | Area 16: Right parasagittal posterior Base |
| <input type="checkbox"/> | Area 7: Left medial anterior Apex        | <input type="checkbox"/> | Area 17: Left medial posterior Apex        |
| <input type="checkbox"/> | Area 8: Left medial anterior Base        | <input type="checkbox"/> | Area 18: Left medial posterior Base        |
| <input type="checkbox"/> | Area 9: Right medial anterior Apex       | <input type="checkbox"/> | Area 19: Right medial posterior Apex       |
| <input type="checkbox"/> | Area 10: Right medial anterior Base      | <input type="checkbox"/> | Area 20: Right medial posterior Base       |
|                          |  | <input type="checkbox"/> | Area 21: MRI targeted biopsy               |

### Patient

Pat.-Nr \_\_\_\_\_

Fall-Nr \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Strasse \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_ Wohnort \_\_\_\_\_

Geb.-Datum \_\_\_\_\_

männlich  weiblich  unbekannt

Rechnung an  Patient  Auftraggeber

Andere: \_\_\_\_\_

### Name und Adresse des einsendenden Arztes/Spitals:

Institution \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Strasse \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

### Befundkopie an:

Institution \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Strasse \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_