

BIOPSIE

Annahme

Tel. 044 255 25 29 / 25 32

Intern: Gegensprechanlage Nr. 2082

Sekretariat

Tel. 044 255 25 11

pathologie@usz.ch

Leberbiopsie

Datum der Entnahme: _____

Entnahmezeit: _____

Schnellbiopsie

Entnahmezeit: _____

Klinische Angaben

Fragestellung

Anamnese

i.v. Drogen

nein

ja

wann _____

Alkohol

Menge _____

Transfusionen

wann _____

Medikamente

_____ seit _____

_____ seit _____

_____ seit _____

Befunde

nein

ja

Adipositas

Ikterus

Aszites

Oesophagusvarizen

Splenomegalie

Laborwerte

normal

erhöht

Wert

SGPT/ALT

SGOT/AST

γGT

Alk. Phase

Ferritin

αFP _____

andere _____

Bildgebung (US/CT/MR) _____

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 _____

bitte freilassen

HBV	HBsAg	anti-HBs	anti-HBc IgG/IgM
	HBeAg	anti-HBe	HBV-DNS
HCV	anti-HCV	HCV-RNS	HCV RNS quant
andere Erreger	anti-HAV IgG/IgM	CMV	EBV
Autoimmun Marker	ANA	AMA	ASMA

Zusätzliche Angaben bei Lebertransplantatbiopsien

Datum der TPL _____

Grundleiden _____

Basis-Immunsuppression:

Ciclosporin Steroide

FK506 (Tacrolimus) andere _____

Abstoßungsbehandlung mit _____

am _____