

## 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

Area 1: Left parasagittal anterior Apex

Area 2: Left parasagittal anterior Base

Area 3: Right parasagittal anterior Apex

Area 4: Right parasagittal anterior Base

Area 5: Midline Apex

Area 6: Midline Base

Area 7: Left medial anterior Apex

Area 8: Left medial anterior Base

Area 9: Right medial anterior Apex

Area 10: Right medial anterior Base

Area 11: Left lateral

### 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 \_\_\_\_\_