

**Molekularpathologie**

Schmelzbergstrasse 12

8091 Zürich

Tel.: (+41) 044 255 1666

Fax: (+41) 044 255 1666

molpath@usz.ch

[www.pathologie.usz.ch](http://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:** \_\_\_\_\_

Endokrines System (ohne hereditäre Erkrankungen)			
Einzelgen-/ sequenzielle Mutationsanalysen <sup>1)</sup> PCR / Sanger-Sequenzierung	Tumor Profiling <sup>2)</sup> (Mutationen, Amplifikationen, Translokationen / Fusionen) Next Generation Sequencing	Liquid Biopsy <sup>3)</sup> Tumor Monitoring Next Generation Sequencing	Schnelltest <sup>4)</sup> 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  <input type="checkbox"/> <b>KRAS</b> Ex 2-4  <input type="checkbox"/> <b>NRAS</b> Ex 2-4  <input type="checkbox"/> <b>HRAS</b> Ex 2-4  <input type="checkbox"/> <b>TERT</b> Promotor</p>	<p><input type="checkbox"/> Oncomine™ Compr. Assay v3 (OCA)</p> <p><input type="checkbox"/> Archer® SalivGlandDx Panel (custom design mit <b>NTRK 1-3</b>)</p> <p><b>FoundationOne®CDx</b> (Bitte separates Formular verwenden - <a href="#">Link</a>)</p>	<p><input type="checkbox"/> Oncomine™ Colon cfDNA Assay</p> <p><input type="checkbox"/> Oncomine™ Pan-Cancer cfNT Assay</p> <p><b>Bitte beachten:</b> 10 - 20 ml Vollblut (<b>K2-EDTA Plasma Röhrchen</b>) =&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 Hinweise zum Probenmaterial).</p>	<p><input type="checkbox"/> Idylla™ <b>NRAS / BRAF</b> Mutation</p> <p><input type="checkbox"/> Idylla™ <b>KRAS</b> Mutation</p>

**Zusatzinformationen zu den Analysen**

	Dauer der Analysen (Arbeitstage ab Probeneingang)	Kosten für die technischen Leistungen
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