

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:

- Blut (EDTA)

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Patient männlich weiblich

Weitere Angaben zu der Probe: _____
(Organ, Lokalisation etc.)

Diagnose, klinische Angaben: _____

Familienanamnese: _____

Rechnung geht an: Auftraggeber Patient andere: _____

Einsender (falls nicht Auftraggeber): _____

Befundkopie geht an: _____

Datum: _____ **Unterschrift:** _____

Hereditäre / familiäre (neuro-) endokrine Tumorerkrankungen

Index Patient: ja nein

Wenn nein: wer? Verwandtschaftsgrad: _____

Bekannte Mutation (Gen / Exon, ggf. MEN-Nummer): _____

Patienteneinverständniserklärung ausgefüllt und mitgeschickt (obligat):

- MEN2 / Familiäres medulläres Schilddrüsenkarzinom (FMTC; Gen: *RET*) ¹⁾
- Familiäres Paragangliom / Pheochromozytom (Gene: *SDHx*, *MAX*, *TMEM127*, *FH*, *VHL*, *RET*) ²⁾
- Hyperparathyreoidismus-Kiefertumor-Syndrom (HPT-JT Syndrom; Gen: *CDC73*) ¹⁾
- MEN1 (Gen: *MEN1*) ¹⁾
- von Hippel-Lindau syndrome (Gen: *VHL*) ¹⁾
- WHO Gen-Panel für (neuro-) endokrine Tumore ³⁾

<i>AKT1</i>	<i>CDKN1B</i>	<i>HRAS</i>	<i>MEN1</i>	<i>PRKAR1A</i>	<i>SDHAF2</i>	<i>SDHD</i>	<i>TMEM127</i>
<i>APC</i>	<i>DICER1</i>	<i>KRAS</i>	<i>NF1</i>	<i>PTEN</i>	<i>SDHB</i>	<i>VHL</i>	<i>TP53</i>
<i>CDC73</i>	<i>FH</i>	<i>MAX</i>	<i>PIK3CA</i>	<i>SDHA</i>	<i>SDHC</i>	<i>WRN</i>	<i>RET</i>

Zusatzinformationen zu den Analysen

	Dauer der Analysen (Arbeitstage ab Probeneingang)	Taxpunkte für die technischen Leistungen (TP)
1)	Einzelgenanalysen: 5-10Tage	1142 TP
2)	Gen-Set-Panel: 5-10Tage	2824 TP
3)	WHO Gen-Panel: 5-10Tage	5647 TP