



**Bitte senden Sie das Formular ausgefüllt an:
Nachforderungen-Pathologie@med.uni-tuebingen.de**

Anforderungsformular zur prädiktiven Diagnostik

Patientendaten: Datum:	Auftraggebende Abteilung (Praxis/Klinik/Arzt/Ärztin):	Eingangsnummer Datamatrixcode Pathologie Tübingen
Name:		
Vorname:		
Geb.-Dat.:	Telefon:	
Diagnose:	Name und Ansprechpartner*in:	
Sonst. Befundempfänger oder Bemerkungen:		
Für UKT Anforderungen: „Broad Consent“ Einwilligung liegt vor: <input type="checkbox"/> Ja (V07) <input type="checkbox"/> Ja (V09) <input type="checkbox"/> Ja (V12) <input type="checkbox"/> nein		

Zu untersuchende Probe:

UKT intern ja, Fallnummer/Blocknr. wenn bekannt: _____
 nein, externe/r Probe/Block wurde angefordert, von (Institut): _____

Histologische Zweitmeinung erforderlich: ja nein

Angeforderte Analyse/n:

<p>Molekularpathologie:</p> <input type="checkbox"/> MET Amplifikation <input type="checkbox"/> RAS Mutationsstatus <input type="checkbox"/> BRAF Mutationsstatus <input type="checkbox"/> IDH1/2 Mutationsstatus MSI Status: <input type="checkbox"/> MSI-PCR <input type="checkbox"/> MMR-Prot. IHC <input type="checkbox"/> Abklärung Lynch Syndr. <input type="checkbox"/> Archer DX Fusionspanel (Pan Solid Tumor) abzuklärende Fusion: _____ <input type="checkbox"/> Archer DX Fusionspanel (nur <i>NTRK</i> und <i>FGFR</i> Fusionen) <input type="checkbox"/> Weitere Analysen: _____	<p>Spezial-/ Sonderfärbungen:</p> PD-L1 Expression <input type="checkbox"/> TPS Score <input type="checkbox"/> CPS Score <input type="checkbox"/> IC Score <input type="checkbox"/> HER2 Status IHC Panel <input type="checkbox"/> FGFR Panel <input type="checkbox"/> CDK Panel <input type="checkbox"/> mTOR Panel <input type="checkbox"/> EBV <input type="checkbox"/> Weitere Analysen: _____
--	---

Anforderungen für MTB (zusätzliche Anforderung durch Humangenetik erforderlich):

- Archer DX Fusionspanel (Pan Solid Tumor)
- DNA Extraktion zur Tumorgenomsequenzierung IMGAG
- RNA Extraktion zur Tumortranskriptomsequenzierung IMGAG

Unterschrift anfordernde(r) Arzt/Ärztin: _____