

HINWEIS

Bitte Formular vollständig ausfüllen, um Verzögerungen zu verhindern.

MOLEKULAR-DIAGNOSTISCHER TEST ZUR BESTIMMUNG DER AGGRESSIVITÄT VON PROSTATAKREBS

PROLARIS TESTANFORDERUNGSFORMULAR

PATIENT
Name
Vorname
Geburtsdatum (TT-MMM-JJJJ)
Geschlecht
Patienten-ID

EINSENDENDER ARZT	
Name	Titel
Vorname	Institution
Straße Hausnr.	Stadt PLZ
Land	Telefon
Fax	E-Mail

UNTERSCHRIFT ARZT

Hiermit autorisiere ich die Testung und bestätige, dass vom Patienten die Einwilligung eingeholt wurde, das entsprechende Gewebe zur Testung zu übersenden. Ich bestätige, dass der Test medizinisch notwendig ist und die Ergebnisse zur Therapieplanung des Patienten und zur Entscheidungsfindung genutzt werden. Hiermit erkläre ich, dass die unter „Einsendender Arzt“ aufgeführte Person im relevanten Rechtsgebiet rechtlich dazu autorisiert ist, diesen Test anzufordern.

DATUM (TT-MMM-JJJJ)

UNTERSCHRIFT

ÜBERSENDUNG DER ERGEBNISSE AN (Optional - ein weiterer Arzt kann hier hinterlegt werden, um Updates und die Patientenkopie der Ergebnisse zu erhalten)			
Name	Vorname	Titel	Institution
Straße Hausnr.	Stadt PLZ	Land	E-Mail

Leiten Sie dieses Testanforderungsformular an das Labor weiter, in welchem sich die Tumorprobe befindet.

ANGEFORDERTER TEST

(Achtung: Falls Patient vor Biopsie im Beckenbereich bestrahlt wurde | sich antiandrogener Hormontherapie unterzogen hat, sollte Prolaris nicht angefordert werden)

PROLARIS BIOPSIE (Patient hatte nur Biopsie und noch keine Bestrahlung oder Ektomie)	
PROSTATAKARZINOM	BIOPSIE GLEASON SCORE
Alter bei Diagnose	Primärer Grad + Sekundärer Grad = Gleason Score
Prä-Biopsie PSA	1 + 1
	2 + 2
	3 + 3 = _____
	4 + 4
	5 + 5
Datum der Biopsie (TT-MMM-JJJJ)	Klinisches Stadium
	T1A T1B T1C T2A T2B T2C
	Biopsieproben
	Gesamtanzahl Proben
	Gesamtanzahl positive Proben
	(Erforderliche Daten für kombinierten Prolaris Score)

ERFORDERLICHES GEWEBE FÜR TESTUNG: BIOPSIE

PROBEINFORMATIONEN: ZU VERVOLLSTÄNDIGEN DURCH PATHOLOGIE			
Probenotyp	Schnitte	Blöcke	Probenfixierung 10% neutral gepuffertes Formalin
Gewebeblock angefügt	Anzahl Blöcke	ID*	H&E Schnitt (2-5um Dicke)
Gewebeschnitte angefügt (4-5um Dicke)	Anzahl Schnitte (mind. 5 Schnitte)	ID*	H&E Schnitt (2-5um Dicke)

BITTE BEACHTEN: DER PROBE MUSS EIN PATHOLOGISCHER BEFUND BEILIEGEN

UNTERSCHRIFT (Pathologe oder bevollmächtigter Vertreter)
Hiermit erkläre ich, dass die obigen klinischen Informationen korrekt sind, und das Gewebe dem hier hinterlegten Patienten gehören.
Name Pathologe bevollmächtigter Vertreter

GEWEBE RÜCKGABE	
Hiermit fordere ich die Rückgabe des übrigen Gewebes	Ja Nein
Name	
Adresse	
E-Mail	Telefon

DATUM (TT-MMM-JJJJ)

UNTERSCHRIFT

* Probenidentifikationsnummern wie auf den an Myriad übersandten Blöcken oder Schnitten vermerken.