



**Institut für Pathologie und
Molekularpathologie**

In situ-Techniken

Schmelzbergstrasse 12

8091 Zürich

Tel.: (+41) 044 255 19 87 oder 044 255 14 75

www.pathologie.usz.ch

Auftraggeber (Adresse, Telefonnummer):

Datum: _____

Patient: männlich weiblich

Proben-Nr: _____

Name: _____

Block-Nr: _____

Vorname: _____

eingesandte Anzahl: Schnitte _____ Block _____

Geburtsdatum: _____

(2um)

Ärztlichen Befund senden an: Auftraggeber andere: _____

Die Rechnung geht an: Patient Auftraggeber andere: _____

Diagnose: _____

FISH (bitte den ganzen Paraffinblock einsenden)					
LYMPHOM / LEUKÄMIE		SARKOM		DIVERSE ANWENDUNGEN	
<input type="checkbox"/>	BCR/ABL (22q11.2/9q34)	<input type="checkbox"/>	DDIT3 bap (CHOP) (12q13)	<input type="checkbox"/>	C-MYC/CEP8 (8q24.12-q24.13/8p11.1-q11.1)
<input type="checkbox"/>	BCL2 bap (18q21)	<input type="checkbox"/>	EWSR1 bap (22q12)	<input type="checkbox"/>	PTEN/CEP10 (10q23/1p11.1-q11.1)
<input type="checkbox"/>	BCL6 bap (3q27)	<input type="checkbox"/>	FOXO1 bap (FKHR) (13q14)	<input type="checkbox"/>	FGFR1/CEP8 (8p12/D8Z2)
<input type="checkbox"/>	MALT1 bap (18q21)	<input type="checkbox"/>	FUS bap (16p11)	<input type="checkbox"/>	I12p/CEN12 (12p13.3/12p11.1-q11.1)
<input type="checkbox"/>	MYC bap (8q24)	<input type="checkbox"/>	SS18 bap (SYT) (18q11)	<input type="checkbox"/>	N-MYC/CEP2 (2p24/2p11.1-q11.1)
<input type="checkbox"/>	CCND1 bap (11q13)	<input type="checkbox"/>	MDM2/CEP12 (12q15/D12Z3)	<input type="checkbox"/>	CEP18/X/Y (18p11.1-q11.1/Xp11.1-q11.1/Yq12)
<input type="checkbox"/>	IGH bap (14q32.3)	<input type="checkbox"/>	CDK4/CEP12 (12q14.1/D12Z3)		
<input type="checkbox"/>	TCRA/D bap (14q11.2)	<input type="checkbox"/>	RB1 (13q14)		
<input type="checkbox"/>	IRF4/DUSP22 (6p25.3)	<input type="checkbox"/>	USP6 bap (17p13)	Lunge (NSCLC)	
		<input type="checkbox"/>	COL1A1 bap (17q 21.33)	Siehe Einsendeformular Diagnostische Molekularpathologie: www.pathologie.usz.ch	
		<input type="checkbox"/>	CIC bap (19q13.2)		
SPEICHELDRÜSE		<input type="checkbox"/>	JAZF1 bap (7p15.1-p15.2)	NIERE	
<input type="checkbox"/>	ETV6 bap (12p13)	<input type="checkbox"/>	NR4A3 bap (9q22.33-q31.1)	<input type="checkbox"/>	TFE3 bap (Xp11.2)
<input type="checkbox"/>	MAML2 bap (MEC1) (11q21)	<input type="checkbox"/>	YWHAE bap (17p13.3)	<input type="checkbox"/>	VHL/CEN3 (3p25.3/ D3Z1)
<input type="checkbox"/>	MYB bap (6q23.2-q23.3)			<input type="checkbox"/>	TFEB bap (6p21.1)
		MAMMA / MAGEN			
		<input type="checkbox"/>	HER2/CEP17 (17q11.2-q12/17q11.1-q11.1)		
CISH (bitte den ganzen Paraffinblock einsenden)					
<input type="checkbox"/>	EBER (EBV)				

19.03.2018

Datum: _____

Unterschrift: _____

Kopie an:

