HOCH Health Ostschweiz

Kantonsspital St.Gallen, Institut für Pathologie
9007 St.Gallen, Tel. +41 71 494 67 00
pathologie@h-och.ch, www.h-och.ch/pathologie

Integrierte hämatologisch-pathologische Diagnostik
Peripheres Blut (EDTA)

Name, Vorname, Ledigenname (Bitte Angaben **in Blockschrift** ausfüllen oder **besser Barcode** aufkleben)	Bitte freilassen
Geburtsdatum T T M M J J ☐☐☐☐☐☐ Geschlecht M W ☐☐	
Adresse (Strasse, Hausnummer, PLZ, Ort)	

Rechnung an:	**Versicherungsdetails:**	□ Telefonische Befundmitteilung erwünscht
□ Versicherung □ IV/SUVA	□ Vorsorge □ Schwangerschaft	Tel.:
□ Auftraggeber (amb./stat. Pauschale)	KK/Vers.: _____	
□ Pat. ist Selbstzahler (zum Spitaltarif)	Police-Nr.: _____	

Kopie(n) an:

Klinische Angaben	**Bisherige Therapien**
_____	☐ Chemotherapie ☐ Strahlentherapie ☐ Andere:
Fragestellung	**Vorbefunde**
	☐ Pathologie KSSG ☐ Extern (Kopie beilegen)

Angaben zum Probenmaterial	**Laborintern**
Leukozytenlzahl: _____ G/l	Eingangsdatum: _____ /Visum: _____
Lymphozytenlzahl: _____ G/l	

Flowzytometrie (FACS) (Probenmaterial in EDTA ins Labor IHPD geben)			**Untersuchungsmaterial**
☐ Lymphom-Screening	(LST)	☐ Akute Leukämie Screening (ALOT)	mind. 5ml EDTA-Blut
☐ B-Subtypisierung	(B-CLPD)	☐ Akute Leukämie Verlauf	
☐ T-Subtypisierung	(T-CLPD)	☐ MDS	
☐ NK-Subtypisierung	(NK-CLPD)	☐ _____	
☐ Myelom/Plasmazellen	(PCD)		

Molekulare Diagnostik		**Untersuchungsmaterial**
☐ DNA/RNA Biobanking	☐ B-Zell-Klonalität (IGH)	mind. 5ml EDTA-Blut
☐ Myeloisches Panel (Oncomine Myeloid Research Assay, NGS)	☐ T-Zell-Klonalität (TCRG)	
☐ Lymphom Panel (AmpliSeq Lymphoid Panel v1, NGS)	☐ IGHV-Mutationsstatus	
Für die Bestellung des CLL-Panels (**inkl. FISH**) verwenden Sie bitte das Formular «**IHPD Peripheres Blut CPT**»		

Aufträge ohne Entnahmedatum/-zeit oder Name des Auftraggebers können nicht bearbeitet werden.

Entnahmedatum/ -zeit

Stempel, Name und Telefonnummer
der auftraggebenden Person (Arzt/Spital)