**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
# CLL Panel / Peripheres Blut (CPT)

| 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<br>☐ Strahlentherapie<br>☐ Andere: |
| **Fragestellung** | **Vorbefunde** |
| | ☐ Pathologie KSSG<br>☐ Extern (Kopie beilegen) |

| **Angaben zum Probenmaterial** | **Laborintern** |
|---|---|
| Leukozytenzahl: _____ G/l | Eingangsdatum: _____ /Visum: _____ |
| Lymphozytenzahl: _____ G/l | |

| **Molekulare Diagnostik** | **Untersuchungsmaterial** |
|---|---|
| ☐ CLL Panel: TP53 Verlust [del(17p13.1)], ATM Verlust [del(11q22.3)], D13S319 Verlust [del(13q14.3)], Trisomie 12 [+12], Lymphom Panel (AmpliSeq Lymphoid Panel v1, NGS), IGHV-Mutationsstatus<br><br>Für die **isolierte** Bestellung des Lymphom Panels und/oder des IGHV-Mutationsstatus (**ohne FISH**-Untersuchung) verwenden Sie bitte das Formular «**IHPD Peripheres Blut EDTA**» | 8ml Vollblut in CPT-Röhrchen (BD, Ref. 362782*) |

**Zu beachten**
Unmittelbar nach Entnahme an Pathologie senden (Rohrpost 1110)
CLL Panel Annahme Montag bis Donnerstag 8-17h

* CPT-Röhrchen Bezug über unseren Webshop: https://www.h-och.ch/pathologie/webshop-materialbestellung/

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

**Entnahmedatum/ -zeit**

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