

Untersuchungsauftrag Molekulare Pathologie

Journalnummer:	
Patientenname:	
Geburtsdatum:	
Blocknummer: (ggf. mit alter Journalnummer)	
Tumoranteil in %:	(zuständiger Pathologe: bitte den ungefähren Prozentanteil an Tumorzellen an der Gesamtzellzahl im mikrodisssezierten Areal angeben!)
Anfordernder klinischer Arzt	

Zuständiger Arzt (Pathologie): _____

☐ K-Ras (Exon 2, Codon 12 und 13; Häma)

☐ K-Ras (Exon 3 und Exon 4)

☐ N-Ras (Exon 2, Exon 3, Exon 4)

☐ B-Raf (Exon 15)

GIST ☐ CD117 (c-Kit; Exon 9, Exon 11, Exon 13)

☐ PDGFRA (Exon 18)

☐ PDGFRA (Exon 12 und Exon 14; bei Bedarf; ca. 1%)

MELANOM ☐ CD117 (c-Kit; Exon 11, Exon 13, Exon 17)

☐ EGFR (Exon 18, 19, 20, 21)

Anforderung IHC: ALK ☐ oder / und ROS1 ☐

(fünf zusätzliche Leerschnitte; 1 IHC;
ggf. 1 für HE und drei für *in-situ* Hybridisierung)

☐ Anforderung SISH HER2 / Neu

DNA

Konz.: _____

A_{260/280}: _____

	Datum:	Unterschrift:
Bearbeitet:		
Mikrodissektion:		
DNA-Extraktion:		
PCR:		
Sequenzierung:	(ab) (an)	
Ausgegeben:		