

Standort:

LE

Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft m.b.H.
LKH Hochsteiermark – Standort Leoben
Institut für Pathologie

Vorstand: Prim. Dr. Koppány Bodó, MSc
8700 Leoben, Vordernberger Straße 42
Tel: 03842/401-2414 DaMe: KAGES119

L

MOL
Chemotox



Patientendaten: (Etikett oder ausfüllen)		Zuweiserverdaten:		Diese Felder freilassen
AZ:		Stempel/Name von LKH/Abt:		
Familienname:		Ärztin/Arzt:		
Vorname:		Tel.:		
SV-Nr:	Geb. datum:			
Geschlecht: <input type="checkbox"/> ♂ / <input type="checkbox"/> ♀ / <input type="checkbox"/> div.		Vers: <input type="checkbox"/> amb / <input type="checkbox"/> stat	Klasse: <input type="checkbox"/> A / <input type="checkbox"/> S	
Wohnort (Anschrift):				

Chemotherapie-Toxizität molekular

Materialdaten/Lokalisation:	Klinische Diagnose
<input type="checkbox"/> Peripheres Blut (3-6 ml EDTA)	Lila Röhrchen verwenden!
Datum der Probenentnahme:	Durchführende(r) Ärztin/Arzt:.....

Gewünschte Untersuchung: Molekulare Genvarianten hinsichtlich Chemotoxizität

DPYD (5-FU-Toxizität)
 Folgende Varianten werden untersucht:
 c.1905+1G>A(Exon 14 Skipping)
 c.1679T>G (p.I560S)
 c..2846A>T (p.D949V)
 c.1129-5923C>G (rs75017182;
 gekoppelt mit c.1236G>A, rs56038477; Haplotyp B3)

Die Bearbeitung der Probe erfolgt im Bereich C, entsprechend wird das Ergebnis als Zytologie-Befund dargestellt

Einverständniserklärung der Patientin / des Patienten

Ich wurde von Frau/Herrn Dr.über Wesen, Tragweite und Aussagekraft der Untersuchung des oben angeforderten Gens zur Therapieplanung aufgeklärt und stimme der Untersuchung sowie der elektronischen Dokumentation der Untersuchungsergebnisse in Arztbriefen bzw. Krankengeschichten zu.

....., am

Ort Datum Unterschrift