



Anforderungsschein NGS-Labor Molekularbiologie

Nachweis zellfreier Tumor-DNA (cfDNA)
Liquid Biopsy

Institut für Gewebediagnostik
 Ärztlicher Leiter
 Prof. Dr. med. Thomas Mairinger
 Waltershoferstrasse 11, 14165 Berlin
 Fon +49 (0)30 81021372
 Fax +49 (0)30 81021455
 Thomas.mairinger@helios-gesundheit.de

NGS-Labor
 Laborleitung
 Dr. med. Anna Streubel
 Fon +49 (0)30 810263481
 Anna.streubel@helios-gesundheit.de

Anforderer:

Telefon:

Hinweise zur Blutabnahme und Transport

- Anforderungsschein bitte VOLLSTÄNDIG ausfüllen! | Infoblatt „Informationen für Einsender“ beachten!
- Bitte kein Probenversand am Freitag! | Bitte kein Probenversand per Post! | Bitte auf Haltbarkeit der Röhren achten!
- Probeneingang im Labor innerhalb von 4 Stunden (EDTA) / 48 Stunden (PAXGene) nach Abnahme erforderlich!
- Proben bitte vorab telefonisch ankündigen und am Tag der Entnahme verschicken! Transport stets UNGEKÜHLT!
- Abnahme-Sets können kostenlos via Mail (beb-lab24@helios-gesundheit.de) oder telefonisch angefordert werden.
- Bei Fragen sind wir telefonisch gerne unter der (030) 8102-63589/ -63481/ -63570/ -63592 oder -1209 erreichbar!

Patient

Name, Vorname: geb. am: m w

Adresse:

Stationär Ambulant Privat Kasse Untersuchung im Rahmen des nNGM (vollständige Unterlagen)

Indikation und Diagnose

klin. Fragestellung:

Diagnose: (ggf. Kopie Vorbefunde)

Primär aktivierende Mutation, wenn bekannt: p..... (ggf. Kopie Vorbefunde)

T790M **Einzelanalyse** [clamped Real-Time-PCR] L858R **Einzelanalyse** [clamped Real-Time-PCR]

GNAS1 **Einzelanalyse** [clamped Real-Time-PCR] KRAS **Einzelanalyse** [clamped Real-Time-PCR]

cf LungPanel **NGS** [ALK, BRAF, EGFR, ERBB2, KRAS, MAP2K1, MET, NRAS, PIK3CA, ROS1, TP53]
*Nachweis von MET-, EGFR- Amplifikationen | **KEIN Nachweis von Fusionen***

cf ColonPanel **NGS** [AKT1, APC, BRAF, CTNNB1, EGFR, ERBB2, FBXW7, GNAS, KRAS, MAP2K1, NRAS, PIK3CA, SMAD4, TP53]

cf BreastPanel v2 **NGS** [AKT1, EGFR, ERBB2, ERBB3, ESR1, FBXW7, KRAS, PIK3CA, SF3B1, TP53]

Angaben zur Blutentnahme

• **Entnahmedatum:** • **Uhrzeit:**

• bekannte Infektionskrankheiten (z.B. HIV, virale Hepatitis):

Interne (EvB) Blutabnahme in 2-3 **EDTA**-Röhren, mind. 10mL

Externe Blutabnahme in 2-3 **PAXGene**-Röhren, mind. 10mL (NACH ABNAHME 10X INVERTIEREN)

anderes Material (Aszites, Pleurapunktat, Liquor, Pankreaszystenflüssigkeit, BAL), mind. 4-6mL

Vom Labor auszufüllen

<ul style="list-style-type: none"> • Art, Anzahl Röhren; Volumen Blut: • Volumen Plasma: <input type="checkbox"/> klar <input type="checkbox"/> hämolytisch <input type="checkbox"/> lipämisch 	<ul style="list-style-type: none"> • interne B-/L-Nummer:..... • Qubit cfDNA:
--	---