

REKVISISJON

Molekylærpatologisk undersøkelse

Rekvirent	Pasient
Navn HPR-nr. Sykehus Avd. Adresse Postnr./sted Evt. kopi til:	Fødselsnr. (11 siffer) Etternavn Fornavn <input type="checkbox"/> Poliklinisk <input type="checkbox"/> Inneliggende pasient Helse Førde

Kliniske opplysninger og problemstilling

<input type="checkbox"/> Primær utredning <input type="checkbox"/> Residiv

Prøvemateriale

Prøvetakingsdato Kl.	<input type="checkbox"/> Ferskt materiale <input type="checkbox"/> Fiksert materiale
<input type="checkbox"/> Blodprøve (min. 3 ml EDTA-blod) *	TIDL. HIST. US. PREP.NR. ÅR
<input type="checkbox"/> Beinmargaspirat (min. 3 ml EDTA-beinmarg) *	TIDL. CYT. US. PREP.NR. ÅR

* Må være mottatt innen kl. 14:00 dagen etter prøvetaking

Analyser

LYMFOM <input type="checkbox"/> B-klonalitet PHILADELPHIA-NEGATIV MYELOPROLIFERATIV SJKDOM (PMN) <input type="checkbox"/> Utgreiing Polycytemi vera (PV) <input type="checkbox"/> Utgreiing essensiell trombocytose (ET) eller primær myelofibrose (PMF)* <input type="checkbox"/> JAK2-V617F monitorering/kontroll av kjend JAK2-V617F mutasjon *Negative prøver vert sendt til Haukeland universitetssjukehus for vidare gransking	PROGNOSTISKE/ BEHANDLINGS-MARKØRAR: <input type="checkbox"/> Mutasjonar BRAF <input type="checkbox"/> Mutasjonar NRAS / KRAS / BRAF V600E <input type="checkbox"/> Mutasjonar EGFR Ikkje-småcella lungekarsinom (NSCLC) <input type="checkbox"/> Mikrosatelitt instabilitet (MSI) <input type="checkbox"/> Annet - spesifiser: _____
--	--

Signatur rekvirerende lege:

Dato:	Navn	Signatur