



Rekvirent	Pasient
Navn HPR-nr.	Fødselsnr. (11 siffer)
Sykehus	Etternavn
Avd.	Fornavn
Adresse	<input type="checkbox"/> HUS Innlagt <input type="checkbox"/> HUS Poliklinisk
Postnr./sted	<input type="checkbox"/> Ekstern Innlagt <input type="checkbox"/> Ekstern Poliklinisk
Evt. kopi til:	Hvis Ekstern, Spesifiser:

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) *	<input type="checkbox"/> Parafinblokk mrk.:
<input type="checkbox"/> Beinmargaspirat (min. 3 ml EDTA-beinmarg) *	<input type="checkbox"/> Parafinsnitt mrk.:
	<input type="checkbox"/> DNA/cDNA/RNA <input type="checkbox"/> Annet:

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

Analyser

<u>Lymfom</u>	<u>Sarkom</u>	<u>Behandlingsmarkører</u>	<u>CNS:</u>
<input type="checkbox"/> B-klonalitet	<input type="checkbox"/> Ewing t(11;12)	<input type="checkbox"/> Melanom (KRAS/NRAS/BRAF/PIK3CA/c-kit)	<input type="checkbox"/> MGMT- metyleringsstatus
<input type="checkbox"/> T-klonalitet	<input type="checkbox"/> Arms t(2;13)	<input type="checkbox"/> Colon (KRAS/NRAS/BRAF/PIK3CA)	<input type="checkbox"/> 1p/19q- delesjon
<input type="checkbox"/> Translokasjon (11;14) Mantelcelle	<input type="checkbox"/> Synovialt t (X;18)	<input type="checkbox"/> Lunge (EGFR/KRAS/NRAS/BRAF/PIK3CA)	<input type="checkbox"/> IDH1/2-mutasjon
<input type="checkbox"/> Translokasjon (14;18) Follikulært	<input type="checkbox"/> Myxoid t{12;16}	<input type="checkbox"/> GIST (C-KIT/PDGFRA)	Annet
<input type="checkbox"/> Mutasjon MYD88(L265P)	<input type="checkbox"/> Liposarcom (MDM2/CDK4 ampl.)	<input type="checkbox"/> Thyroidea (KRAS/BRAF/NRAS/PIK3CA)	<input type="checkbox"/> Atpiske og typiske mycobakterier
<input type="checkbox"/> Hypermutasjoner IgH KLL	<input type="checkbox"/> Annen sarkomanalyse etter avtale:	<input type="checkbox"/> AML/Mastocytose (C-kit ekson 8 og 17)	<input type="checkbox"/> HPV -Subtyping
		<input type="checkbox"/> FISH ALK (NSCLC)	<input type="checkbox"/> Vevsidentifikasjon/ ID-PCR
		<input type="checkbox"/> Mikrosatelitt instabilitet (MSI)	<input type="checkbox"/> Analyse etter avtale:
		<input type="checkbox"/> Utredning lynch-syndrom	

Signatur rekvirerende lege:

Dato:	Navn	Signatur