



Rekvirent	Pasient
Navn <span style="float: right;">HPR-nr.</span>	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** (Se Analyseoversikten (<https://analyseoversikten.no/>) for mer informasjon.)

<b>Lymfom</b>	<b>Sarkom</b>	<b>Behandlingsmarkører</b>	<b>CNS:</b>
<input type="checkbox"/> B-klonalitet	<input type="checkbox"/> Ewing t(11;12)	<input type="checkbox"/> Melanom (KRAS/NRAS/BRAF/PIK3CA/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- deleisjon
<input type="checkbox"/> Translokasjon t(11;14) mantelcelle	<input type="checkbox"/> Synovialt t(X;18)	<input type="checkbox"/> Lunge (EGFR/KRAS/NRAS/BRAF/PIK3CA)	<input type="checkbox"/> IDH1/ IDH2 mutasjon
<input type="checkbox"/> Translokasjon t(14;18) follikulært	<input type="checkbox"/> Myxoid t(12;16)	<input type="checkbox"/> GIST (KIT/PDGFR/ BRAF)	<b>Annet</b>
<input type="checkbox"/> MYD88 (L265P) mutasjon	<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"/> IgH KLL hypermutasjon	<input type="checkbox"/> Annen sarkomanalyse etter avtale:	<input type="checkbox"/> AML/Mastocytose (KIT ekson 8 og 17)	<input type="checkbox"/> HPV subtyping
<input type="checkbox"/> FISH BCL2 follikulært		<input type="checkbox"/> IHC/FISH ALK	<input type="checkbox"/> Vevsidentifikasjon/ ID-PCR
<input type="checkbox"/> FISH BCL6 follikulært		<input type="checkbox"/> IHC/FISH ROS 1	<input type="checkbox"/> Analyse etter avtale:
<input type="checkbox"/> FISH MYC Burkitt		<input type="checkbox"/> Mikrosatelitt instabilitet (MSI)	
		<input type="checkbox"/> Utredning Lynch-syndrom	

**Signatur rekvirerende lege:**

Dato:	Navn	Signatur