



STS 0292

Name			<input type="checkbox"/> Notfall	Entnahmedatum	Zeit
Vorname	Männl. <input type="checkbox"/>	Weibl. <input type="checkbox"/>	Geboren am		
c/o	Bei Minderjährigen: ▼ Erziehungsberechtigter: Name + Vorname ▼				
Strasse / Nr.					
PLZ / Ort					
VioNummer / Ihre Pat.-Nr. / Referenz / Behandelnder Arzt (EAN-Code)	Schwanger				
	Woche	Tag			
Kostenträger	<input type="checkbox"/> Patient / Krankenkasse	<input type="checkbox"/> Auftraggeber	<input type="checkbox"/> Selbstzahler	Befundkopie	
	<input type="checkbox"/> Andere	<input type="checkbox"/> EMV	<input type="checkbox"/> IV	<input type="checkbox"/> Suva	<input type="checkbox"/> Patient
<input type="checkbox"/> Ambulant	Versicherung / Versicherungs-Nr.		Name / Adresse		Name / Adresse
<input type="checkbox"/> Stationär					
Konsilium erwünscht	<input type="checkbox"/> Schriftlich	<input type="checkbox"/> Telefonisch	Name / Adresse		Name / Adresse
Fragestellung / Anamnese / Diagnose / Therapie / Zusätzliche Analysen					

**GUMG:** Nur für humangenetische Untersuchungen. Informierte Zustimmung des Patienten oder der Patientin zur genetischen Untersuchung gemäss GUMG eingeholt. Weitere Informationen: viollier.ch

Unterschrift Arzt:

<b>Versandmaterial</b>	<input type="checkbox"/> 06D 2 Cell-Free DNA™ BCT-Tubes	<input type="checkbox"/> Zentrifugieren, Serum nicht abtrennen	E Externe Analyse	<b>intern</b>
<input type="checkbox"/> 1 Serum-Gel-Tube, goldgelb <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 9 2 Objektträger in Hülse, lila	<input type="checkbox"/> Nicht zentrifugieren (ausser <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> z <input type="checkbox"/> 24 <input type="checkbox"/> 90
<input type="checkbox"/> 5 Li-Heparin-Tube, hellgrün mit Gel <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 29 Steril-Tube, rot (Punktat)	<input type="checkbox"/> Zentrifugieren, Überstand abtrennen		<input type="checkbox"/> msai <input type="checkbox"/> vb <input type="checkbox"/> 93
<input type="checkbox"/> 5G Li-Heparin-Tube, hellgrün ohne Gel <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 60 Chorionzotten-Tube	<input type="checkbox"/> Vor Licht schützen!		<input type="checkbox"/> post <input type="checkbox"/> vp <input type="checkbox"/> 98
<input type="checkbox"/> 6 EDTA-Tube, lila <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 81 ThinPrep	<input type="checkbox"/> * spez.P. Spezielle Präanalytik, siehe VioMecum		<input type="checkbox"/> 23 <input type="checkbox"/> kp
		<input type="checkbox"/> x <sup>2</sup> , x <sup>3</sup> Tube Nr. x zwei Mal, drei Mal		

<b>Hämатologie</b>	
Indikation, klinische Angaben	
<b>Hämoglobinopathie, Thalassämie</b>	
Status (bb + diff + reti + crp + fer + gpt + he + gdat falls he negativ)	1+6 <input type="checkbox"/> hspath +9 <input type="checkbox"/>
Hämoglobin-Varianten HPLC	6 <input type="checkbox"/> he
α-Thalassämie PCR	6 <input type="checkbox"/> gdat
β-Thalassämie PCR	6 <input type="checkbox"/> gdat
<b>Leukämie, Lymphom, Myelodysplasie</b>	
Knochenmark-Beurteilung Mikroskopie	9 <input type="checkbox"/> km
Leukämietypisierung / Blut	6 <input type="checkbox"/> acm3
Lymphomtypisierung Knochenmark	6 <input type="checkbox"/> kcm3
BCR-ABL Blut	6 <input type="checkbox"/> bcrabb
Material innert 24h im Labor Knochenmark	6 <input type="checkbox"/> bcrabk
Mantelzell-Lymphom t (11;14) E Biopsie	<input type="checkbox"/> pcru
MALT-Lymphom t (11;18) E Biopsie	<input type="checkbox"/> pcru
JAK2 V617F Mutation	6 <input type="checkbox"/> jak2
JAK2 Exon 12 Mutationen	6 <input type="checkbox"/> jak2e
Material innert 24h im Labor	
Calreticulin Mutationen	6 <input type="checkbox"/> ghcal
MPL W515L/K Mutation	6 <input type="checkbox"/> ghmpl
Imatinib-Resistenz (CML) CKIT-Mutationen E	6 <input type="checkbox"/> pcru
B-Zell-Klonalität	6 <input type="checkbox"/> mabz
T-Zell-Klonalität	6 <input type="checkbox"/> matz
Zytogenetik E nach telefonischer Besprechung	5G <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> genabk
<b>CLL-Prognose</b>	
TP53-Mutationen	6 <input type="checkbox"/> ghtp
FISH 6p-, 11q-, 13q14, 13q34, 17p-	6 <input type="checkbox"/> fiscll
Hypermutation IgVH	6 <input type="checkbox"/> hypcll
ZAP-70 Material innert 24h im Labor	6 <input type="checkbox"/> zap
<b>Gerinnung: Spezielle Präanalytik → VioMecum</b>	
<b>Thrombophilie Abklärung</b>	
F II / Prothrombin G20210A	6 <input type="checkbox"/> gdf2
F V (Leiden) APC-Resistenz	6 <input type="checkbox"/> gdfv

<b>Onkologie, Tumormarker</b>	
Indikation, klinische Angaben	
<b>Hereditäre Tumorerkrankungen</b>	
<b>Mamma-/Ovarialkrebs</b>	
BRCA1/2 Komplettsequenzierung	6 <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> brca
BRCA1/2 Einzelmutation	6 <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> brca3
BRCA Ashkenasi Panel	6 <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> brca4
Familiäre adenomatöse Polyposis (FAP) E	6 <input type="checkbox"/> gdext
Lynch Syndrom E	6 <input type="checkbox"/> lynch
Weitere genetische Syndrome auf Anfrage	6 <input type="checkbox"/> gdext
<b>Sporadische Tumorerkrankungen</b>	
Tumorzellgehalt: _____ %	
Kolorektalkarzinom	<input type="checkbox"/> gcanc
KRAS, NRAS, BRAF Mutationen Biopsie	
Bronchialkarzinom	<input type="checkbox"/> gcanc
EGFR, HER2, KRAS, BRAF Mutationen	
ALK1, ROS1, RET, NTRK1 Genfusionen Biopsie	
Melanom	<input type="checkbox"/> gcanc
BRAF, CKIT, NRAS Mutationen Biopsie	
Gastrointestinale Stromatumoren	<input type="checkbox"/> gcanc
CKIT, PDGFRA, BRAF Mutationen Biopsie	
BRCA1/2 Biopsie	<input type="checkbox"/> gcanc
Thyroid Panel (9 Gene) Biopsie	<input type="checkbox"/> gcanc
Cancer Panel Biopsie	<input type="checkbox"/> gcanc
AmpliSeq Colon and Lung Panel (22 Gene)	<input type="checkbox"/> gcanc
AmpliSeq Cancer Hotspot Panel (50 Gene)	
Comprehensive Cancer Panel (400 Gene)	

<b>Sporadische Tumorerkrankungen</b>			
EndoPredict® Chemotherapieentscheid		<input type="checkbox"/> gdext	
MammaCA E Biopsie			
Humane Papillomaviren (HPV)			
Screening: High Risk, 16, 18	81 <input type="checkbox"/> hpvhr		
Typisierung: High + Low Risk, 28 Subtypen	81 <input type="checkbox"/> hpvtyp		
Liquid Biopsy (Lunge / Kolon) E			
Therapieentscheid auf Anfrage	06D <input type="checkbox"/> gcanc		
Prostata Prolaris® E Biopsie	<input type="checkbox"/> gdext		
Prostata PCA3 mRNA E auf Anfrage	<input type="checkbox"/> pca3		
Prostata CCP-Score E Biopsie	<input type="checkbox"/> pcru		
<b>Pharmakogenetik</b>			
Wirkstoff, Dosierung, Nebenwirkung			
ABC1-Gen Antidepressiva	6 <input type="checkbox"/> gdabc		
CYP1A2*1F	6 <input type="checkbox"/> cyt1a2		
CYP2C9*2,*3 NSAR	6 <input type="checkbox"/> cyt2c9		
CYP2C19*2,*3	6 <input type="checkbox"/> cy2c19		
Antiepileptika, Clopidogrel u.a.			
CYP2D6*3,*4,*5,*6,*XN E	6 <input type="checkbox"/> cyt2d6		
Antidepressiva, Betablocker, NSAR, Tamoxifen			
CYP3A5*3 Statine	6 <input type="checkbox"/> cyt3a5		
Glutathion-S-Transferase M1 / T1	6 <input type="checkbox"/> gdgst		
Interleukin 28 Genotyp	6 <input type="checkbox"/> il28gt		
MTHFR C677T / A1298C Methotrexat	6 <input type="checkbox"/> gdmthf		
Thiopurin-S-Methyltransferase *2,*3ABC	6 <input type="checkbox"/> gdtgmt		
Imurek®, Azathioprin			
UDP-Glucuronyltransferase UGT1A1*28	6 <input type="checkbox"/> gdudp		
Irinotecan			

Stoffwechsel	
<b>Hereditäre Stoffwechselkrankheiten</b>	
Fam. Mittelmeerfieber (12 Mutationen)	6 <input type="checkbox"/> gdfmf
Hämochromatose Phänotyp (crp + fer + trfs)	1 <input type="checkbox"/> hchr
Hämochromatose Genotyp 3 Mutationen	6 <input type="checkbox"/> gdhh
Laktoseintoleranz, primäre	6 <input type="checkbox"/> gdlac
Wilson Phänotyp (cu + cpl)	1 <input type="checkbox"/> wils
Wilson H1069Q Mutation (ATP7B Gen) <sup>E</sup>	1 <input type="checkbox"/> gdmw
Zystische Fibrose (36 Mutationen CFTR Gen)	1 <input type="checkbox"/> gdzf
Zystische Fibrose Komplettssequenzierung CFTR Gen	6 <input type="checkbox"/> ngscf
<b>Leber</b>	
Meulengracht (Hyperbilirubinämie)	6 <input type="checkbox"/> gdudp
<b>Calciumstoffwechsel, Osteoporose</b>	
Vitamin D Rezeptor Polymorphismus	6 <input type="checkbox"/> gdovd
<b>Proteine, Enzyme</b>	
α1-Antitrypsin S / Z Genotyp	6 <input type="checkbox"/> gdant
<b>Kardiovaskulär</b>	
Apolipoprotein E Genotyp E2,3,4	6 <input type="checkbox"/> gdape
Hyperhomocysteinämie MTHFR	6 <input type="checkbox"/> gdmthf
<b>Immungenetik</b>	
HLA-B27 PCR	6 <input type="checkbox"/> hlab27
HLA-B51 PCR	6 <input type="checkbox"/> hla51p
HLA-B5701 PCR	6 <input type="checkbox"/> hla57p
HLA-DR2 / DQ6 PCR <sup>E</sup>	6 <input type="checkbox"/> gdhla
HLA-Komplett-Typisierung <sup>E</sup>	6 <input type="checkbox"/> gdhlat
<b>Zöliakie</b>	
Zöliakie: Ausschluss HLA-DQ2 + DQ8	6 <input type="checkbox"/> gdzoe

Chromosomen	
<b>Untersuchungsmaterial</b>	
Fruchtwasser	29 <input type="checkbox"/> chsg
Chorion / Plazentazotten	60 <input type="checkbox"/> chsg
Abortgewebe	60 <input type="checkbox"/> chsg
Blut	5G <input type="checkbox"/> chsg
Anderes:	<input type="checkbox"/> chsg
<b>Analyse</b>	
Schnelltest (nur pränatal) <sup>E</sup>	<input type="checkbox"/> chsg
Mikroskopische Chromosomenanalyse <sup>E</sup>	<input type="checkbox"/> chsg
Hochauflösende Chromosomenanalyse (microarray) <sup>E</sup>	<input type="checkbox"/> chsg
FISH <sup>E</sup>	<input type="checkbox"/> chsg
<b>Indikation, klinische Angaben</b>	
Alter Mutter: _____ Alter Vater: _____	
Erhöhtes Risiko 1. Trim. 1: _____ 2. Trim. 1: _____	
SSW nach US: _____ Wochen + _____ Tage	
Nackentransparenz (NT): _____ mm	
Anzahl Feten: _____ Anzahl Aborte: _____	
<b>Andrologie</b>	
<b>Fertilität</b>	
Y-chromosomale Mikrodeletionen	
Azoospermie, Oligozoospermie, Teratozoospermie <sup>E</sup>	6 <input type="checkbox"/> gdgy
CFTR Mutationen mit CBAVD (5T / 7T / 9T / R117H)	6 <input type="checkbox"/> gdzfi
Mukoviszidose	
Klinefelter-Syndrom <sup>E</sup>	5G <input type="checkbox"/> chsg
<b>Erregernachweis</b>	
→ AF Andrologie	

Weitere genetische Erkrankungen	
<b>Indikation, klinische Angaben, Stammbaum</b>	
<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <span>♀</span> <span>♂</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <span>nicht betroffen</span> <span><input type="checkbox"/></span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <span>betroffen</span> <span><input type="checkbox"/></span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <span>verstorben</span> <span><input type="checkbox"/></span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <span>Überträger</span> <span><input type="checkbox"/></span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <span>Indexpatient</span> <span>←</span> </div>	
Angelman-Syndrom <sup>E</sup>	6/29/60 <input type="checkbox"/> chsg
Ataxie: SCA1, SCA2, SCA3, SCA6, SCA7, Friedreich <sup>E</sup>	6/29/60 <input type="checkbox"/> gdext
Charcot-Marie-Tooth Neuropathie <sup>E</sup>	6/29/60 <input type="checkbox"/> chsg
Chorea Huntington <sup>E</sup> <span style="color: red;">auf Anfrage</span>	<input type="checkbox"/> gdext
Curschmann-Steinert-Syndrom <sup>E</sup>	6/29/60 <input type="checkbox"/> gdext
Cri-du-chat-Syndrom <sup>E</sup>	6/29/60 <input type="checkbox"/> chsg
CATCH 22 (DiGeorge) <sup>E</sup>	6/29/60 <input type="checkbox"/> chsg
Fragiles X (Martin-Bell)-Syndrom <sup>E</sup>	6/29/60 <input type="checkbox"/> chsg
Klinefelter-Syndrom <sup>E</sup>	6/29/60 <input type="checkbox"/> chsg
Miller-Dieker-Syndrom <sup>E</sup>	6/29/60 <input type="checkbox"/> chsg
Prader-Willi-Syndrom <sup>E</sup>	6/29/60 <input type="checkbox"/> chsg
Retinoblastom <sup>E</sup>	6/29/60 <input type="checkbox"/> chsg
Tomakulöse Neuropathie (HNPP) <sup>E</sup>	6/29/60 <input type="checkbox"/> chsg
Trisomie 13, 18, 21 <sup>E</sup>	6/29/60 <input type="checkbox"/> chsg
Turner-Syndrom <sup>E</sup>	6/29/60 <input type="checkbox"/> chsg
Williams-Beuren-Syndrom <sup>E</sup>	6/29/60 <input type="checkbox"/> chsg
Wolf-Hirschhorn-Syndrom <sup>E</sup>	6/29/60 <input type="checkbox"/> chsg
Subtelomer-Diagnostik <sup>E</sup>	6/29/60 <input type="checkbox"/> chsg

### Informierte Zustimmung zur genetischen Diagnostik → viollier.ch

Ich bestätige hiermit, dass ich gemäss dem Gesetz über genetische Untersuchungen beim Menschen (GUMG) beraten worden bin und dass mir genügend Zeit für Fragen und zum Bedenken eingeräumt worden ist.

Ich erkläre mich einverstanden die angekreuzte(n) genetische(n) Untersuchung(en) durchzuführen.

Name der Erkrankung / Grund der Untersuchung: \_\_\_\_\_

Ich weiss, dass ich jederzeit das Recht habe diese Zustimmung, ohne Angabe von Gründen, zu widerrufen.

- Ich möchte über Zufallsbefunde mit klinischer Bedeutung ohne Bezug zur Fragestellung informiert werden.
- Ich bin mit der Aufbewahrung und anonymisierten Verwendung von Untersuchungsmaterial zum Zweck der Qualitätssicherung und der Etablierung neuer Methoden einverstanden.

Ort: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_ Praxisstempel: \_\_\_\_\_

Unterschrift Patient / gesetzlicher Vertreter: \_\_\_\_\_ **Unterschrift Arzt:** \_\_\_\_\_