



Rekvirent	Pasient
Navn HPR-nr. Sykehus Avd. Adresse Postnr./sted Evt. kopi til:	Fødselsnr. (11 siffer) Etternavn Fornavn <input type="checkbox"/> HUS Innlagt <input type="checkbox"/> HUS Poliklinisk <input type="checkbox"/> Ekstern Innlagt <input type="checkbox"/> Ekstern Poliklinisk 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"/> Beinmargaspirat (min. 3 ml EDTA-beinmarg) *	<input type="checkbox"/> Parafinblokk mrk.: <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.)

Lymfom	Sarkom	Behandlingsmarkører	CNS:
<input type="checkbox"/> B-klonalitet <input type="checkbox"/> T-klonalitet <input type="checkbox"/> Translokasjon t(11;14) mantelcelle <input type="checkbox"/> Translokasjon t(14;18) follikulært <input type="checkbox"/> MYD88 (L265P) mutasjon <input type="checkbox"/> IgH KLL hypermutasjon <input type="checkbox"/> FISH BCL2 follikulært <input type="checkbox"/> FISH BCL6 follikulært <input type="checkbox"/> FISH MYC Burkitt	<input type="checkbox"/> Ewing t(11;12) <input type="checkbox"/> ARMS t(2;13) <input type="checkbox"/> Synovialt t(X;18) <input type="checkbox"/> Myxoid t(12;16) <input type="checkbox"/> Liposarcom (MDM2/CDK4 ampl.) <input type="checkbox"/> Annen sarkomanalyse etter avtale:	<input type="checkbox"/> Melanom (KRAS/NRAS/BRAF/PIK3CA/KIT) <input type="checkbox"/> Colon (KRAS/NRAS/BRAF/PIK3CA) <input type="checkbox"/> Lunge (EGFR/KRAS/NRAS/BRAF/PIK3CA) <input type="checkbox"/> GIST (KIT/PDGFR/RAF) <input type="checkbox"/> Thyroidea (KRAS/BRAF/NRAS/PIK3CA) <input type="checkbox"/> AML/Mastocytose (KIT ekson 8 og 17) <input type="checkbox"/> IHC/FISH ALK <input type="checkbox"/> IHC/FISH ROS 1 <input type="checkbox"/> Mikrosatelitt instabilitet (MSI) <input type="checkbox"/> Utredning Lynch-syndrom	<input type="checkbox"/> MGMT- metyleringsstatus <input type="checkbox"/> 1p/19q- delesjon <input type="checkbox"/> IDH1/ IDH2 mutasjon Annet <input type="checkbox"/> Atpiske og typiske mycobakterier <input type="checkbox"/> HPV subtyping <input type="checkbox"/> Vevsidentifikasjon/ ID-PCR <input type="checkbox"/> Analyse etter avtale:

Signatur rekvirerende lege:

Dato:	Navn	Signatur