



LANDSPÍTALI

Viðbótarbeiðni fyrir vefjasýni
Sameindameinafræðirannsókn

Tilvísandi / sá sem fylgir beiðni eftir

Beiðandi

Deild/stofnun

Viðtakandi:

Meinafræðideild Landspítala
- Sameindameinafræði Hús 9
Hringbraut, við Barónsstíg, 101 Reykjavík
sími: 543 8031

Nafn sjúklings

Heimili

Kennitala

Ástæða beiðni: _____

Upplýsingar um beiðni

Upplýsingar um sýnið sem óskað er eftir að sé notað í rannsóknina (nr. sýnis eða upplýsingar um hvenær sýni var tekið og úr hvaða líffæri): _____

Sameindameinafræðirannsóknir

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> VariantPlex soldi tumor panel – stökkbreytingar 76 gen | <input type="checkbox"/> BRAF V600 stökkbreytingapróf |
| <input type="checkbox"/> FusionPlex lung panel – 14 samrunagen | <input type="checkbox"/> Prosigna PAM50 próf |
| <input type="checkbox"/> IDH1/2 stökkbreytingapróf | <input type="checkbox"/> POLE |
| <input type="checkbox"/> MGMT metýleringapróf | <input type="checkbox"/> HRD próf |

Mótefnalitanir (IHC) á sýni

- | | |
|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> PDL-1 | <input type="checkbox"/> ALK |
| <input type="checkbox"/> MMR prófun | <input type="checkbox"/> ROS |
| <input type="checkbox"/> HER2 | <input type="checkbox"/> Aðrar sérlitanir, hvaða? _____ |
| <input type="checkbox"/> ER | <input type="checkbox"/> Ástæða beiðni: _____ |
| <input type="checkbox"/> PgR | |

Önnur próf

-
- DNA einangrun

Aðrar upplýsingar vegna greiningar sýnis s.s. einstaka gen sem á að skoða, upplýsingar um stöðu sjúklings eða ef óskað er eftir öðru prófi en hægt er að merkja við á beiðnablaðinu. Hér má einnig skrá aðrar upplýsingar sem eiga að fylgja beiðni.

Svartími

-
- 2 vikur (flýtimeðferð)
-
- 3 vikur
-
- 4 vikur
-
- 6 vikur