

Tisztelt Pathológiai Osztály!

Kérem, hogy betegem:
TAJ:
Születési idő:
Anyja neve:
Lakcím:

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |

_____ számú patológiai mintáját a DE KK Pathológiai Intézet Molekuláris Daganatpatológiai Laboratóriumába (4032 Debrecen Nagyerdei krt. 98.)

| PCR | | | | |
|--------|---------|----------------------|---------|--|
| KRAS | exon 2 | EGFR | exon 19 | |
| | exon 3 | | exon 21 | |
| | exon 4 | CD79B | exon 5 | |
| exon 2 | exon 6 | | | |
| NRAS | exon 3 | MYD88 | exon 5 | |
| | exon 4 | IgVH-JH klonalitás | | |
| | | TCR-gamma klonalitás | | |
| BRAF | exon 15 | HPV (genotipizálás) | | |

| FISH | | | |
|-------------------------|--|-------------------------|--|
| HER2 FISH | | EWSR1 (22q12) FISH | |
| 1p19q FISH | | t(14;18)-IgH/BCL2 FISH | |
| ALK IHC/FISH | | t(11;14)-IgH/CCND1 FISH | |
| ROS1 IHC/FISH | | t(9;22)-BCR/ABL FISH | |
| C-MYC (8q24) FISH | | TP53 (17p13) FISH | |
| EGFR FISH | | SYT(18q11.2) FISH | |
| EBER (Epstein-Barr) ISH | | | |

a fent jelzett vizsgálat elvégzése céljából megküldeni szíveskedjen!

Vizsgálatkérés időpontja: _____

Köszönettel:

kezelőorvos aláírása, bélyegzője

* megfelelőt kérjük bejelölni