

Auftrag zur onkogenetischen Untersuchung

Universitätsklinikum Würzburg, Institut für Klinische Genetik und Genommedizin, Biozentrum, Am Hubland, 97074 Würzburg

Patientendaten (ggf. Aufkleber):

M W

Name _____

Vorname _____

geb. _____

Kostenträger (bitte unbedingt ausfüllen!):

Gesetzlich

- ambulant
 stationär
 OPS 1-942
 OPS 1-944

Privat

- ambulant
 stationär

Informationen zur Eigen- und Familienanamnese, sonstige Bemerkungen (bitte Befundkopie beilegen):

Informationen zur Diagnostik (bitte unbedingt ausfüllen!):

- Differentialdiagnostik** (Symptome vorhanden)
Gibt es genetische Vorbefunde? Ja Nein
 Ja. Befunde bitte auflisten (ggf. Beiblatt oder Kopien beilegen)
- Prädiktive** **Pränatale** **Heterozygoten-Diagnostik**
Indexpatient bekannt: Nein Ja
Verwandtschaftsbeziehung: _____
Mutation bekannt: Nein Ja
Gen: _____ Mutation: _____
Falls kein Indexpatient bekannt, Begründung für prädiktive Diagnostik: _____
- Gerne beantworten wir Ihre Rückfragen:
Tel: 0931-201-29931, Fax: 0931-201-6029931
E-Mail: Diagnostik_KGGM@ukw.de

UNTERSUCHUNGSauftrag (bitte ankreuzen)

Bitte beachten Sie die gesonderten Auftragsformulare für Einzelgenanalysen, sowie Auftragsformulare für andere Panel-Diagnostiken, auf unserer Internetseite.

MATERIAL: 5-10 ml EDTA-Blut, Röhrchen bitte eindeutig beschriften, bruchsticher verpacken; ohne Kühlung und möglichst innerhalb einer Woche versenden!

Tumorerkrankungen

- BRCA1/2*

Therapieoption mit PARP-Inhibitoren:

- Lokal fortgeschrittenes oder metastasiertes HER2-negatives Mammakarzinom
 HER2-negatives Mammakarzinom im Frühstadium mit hohem Rezidivrisiko nach Chemotherapie
 Platinsensitives, fortgeschrittenes, rezidiertes oder progressives high-grade Ovarial-/Eileiter-/primäres Peritonealkarzinom
 Metastasiertes, nach mind. 16-wöchiger platinhaltiger Erstlinien-Chemotherapie nicht progredientes Adenokarzinom des Pankreas
 Metastasiertes, kastrationsresistentes Prostatakarzinom

Fam. Brust-/Ovarialkrebs

- BRCA1/2*
- BRCA1, BRCA2, ATM, CHEK2, PALB2, RAD51C, RAD51D, BRIP1, CDH1, TP53, PTEN, BARD1*

Mindestens eines der folgenden Kriterien muss erfüllt sein (bitte ankreuzen):

- Mindestens 3 Frauen aus der gleichen Linie einer Familie erkrankten an Brustkrebs, unabhängig vom Alter
 Mindestens 2 Frauen, davon 1 jünger als 50 Jahre aus der gleichen Linie einer Familie erkrankten an Brustkrebs
 Mindestens 2 Frauen aus der gleichen Linie einer Familie erkrankten an Eierstockkrebs
 Mindestens 1 Frau erkrankte an Brustkrebs und 1 weitere Frau an Eierstockkrebs oder 1 Frau erkrankte an Brust- und Eierstockkrebs
 Mindestens 1 Frau jünger als 36 Jahre erkrankte an Brustkrebs
 Mindestens 1 Frau jünger als 50 Jahre erkrankte an bilateralem Brustkrebs
 Mindestens 1 Mann erkrankte an Brustkrebs und 1 Frau an Brust- oder Eierstockkrebs

Lynch Syndrom (HNPCC)

- MLH1 + PMS2*
 MSH2 + MSH6

Eines der Kriterien muss erfüllt sein (bitte ankreuzen):

- Amsterdam-Kriterien**
 Revidierte Bethesda-Kriterien

Sonstige Tumorerkrankungen

- Cowden-Syndrom (*PTEN*)
 Li-Fraumeni-Syndrom (*TP53*)
 Neurofibromatose (*NF1*)
 Diffuses Magenkarzinom (*CDH1*)
 Familiäre Adenomatöse Polyposis, FAP (*APC*)
- MUTYH* assoziierte Polyposis, MAP (*MUTYH*)
 Prostatakarzinom (*BRCA2, ATM, CHEK2*)
 Familiäres Pankreaskarzinom (*BRCA2, ATM, PALB2, CDKN2A, TP53*)
 Malignes Melanom (*CDKN2A, BAP1, BRCA2, CDK4, MITF, POT1, ACD*)
 Multiple Endokrine Neoplasie Typ1 (*MEN1, AIP, CDKN1B*)
 Polyposis (*APC, MUTYH, BMPR1A, SMAD4, POLD1, POLE, PTEN, STK11*)

Aktuell verwendetes Panel: TruSight Hereditary Cancer (Illumina)

Probenentnahme am: _____ durch: _____

Name der verantwortlichen ärztlichen Person (bitte in Druckschrift) _____

Datum _____

Unterschrift der verantwortlichen ärztlichen Person _____

Arztstempel _____

Wir dürfen die Untersuchung nur durchführen, wenn uns die Einwilligungserklärung des Patienten vorliegt