

Messung der Telomerlänge

Pathologie Medica Enge
Hottingerstrasse 9, 8032 Zürich
Tel. 044 269 67 18
www.patho.ch



**PATHOLOGIE
MEDICA ENGE**

36

W05

Patientendaten		Einsender, Auftraggeber
Patienten-Nr. des Arztes:		
<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> Kind >> Vater/Mutter		
Name		
Vorname		
Strasse		
PLZ/Ort		
c/o		
Geburtsdatum	J [] [] [] [] [] []	Mobil Tel.
E-Mail		
AHV-Nr.		
Befundbearbeitung		<input type="checkbox"/> Eilt
<input type="checkbox"/> Telefon erwünscht Nr.: _____ <input type="checkbox"/> Faxbericht erwünscht Nr.: _____ <input type="checkbox"/> Befundkopie an: _____		
Frühere Untersuchungen (Institut/Befund Nr.)		
Ambulante Pauschale: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja → Wenn ja: Pauschalen-Code (6-stellig) angeben: _____		
<div style="text-align: right; margin-top: -10px;"> Bitte schwarz markieren Zum Markieren keine Filzstifte verwenden! </div>		

Messung der Telomerlänge

Telomeropathie-spezifische medizinische Informationen

- | | | | |
|----------------------------|---------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|------------------------------------------|
| Haut: | <input type="checkbox"/> Leukoplakie | <input type="checkbox"/> Hyper/Hypo-Pigmentierung | <input type="checkbox"/> Nageldystrophie |
| | <input type="checkbox"/> vorzeitiges Ergrauen der Haare | | <input type="checkbox"/> andere |
| Blut: | <input type="checkbox"/> Zytopenie | <input type="checkbox"/> erhöhtes MCV | <input type="checkbox"/> andere |
| Knochenmark: | <input type="checkbox"/> aplastische Anämie | <input type="checkbox"/> MDS | <input type="checkbox"/> andere |
| Immunsystem: | <input type="checkbox"/> opportunistische Infektion | <input type="checkbox"/> Immunschwäche | <input type="checkbox"/> andere |
| Magen-Darm: | <input type="checkbox"/> Enterokolitis | <input type="checkbox"/> andere | |
| Leber: | <input type="checkbox"/> Leberfibrose | <input type="checkbox"/> Leberzirrhose | <input type="checkbox"/> andere |
| Lunge: | <input type="checkbox"/> idiopathische Lungenfibrose | <input type="checkbox"/> vorzeitiges Emphysem | <input type="checkbox"/> andere |
| Knochen: | <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> avaskuläre Nekrose | <input type="checkbox"/> andere |
| Endokrin: | <input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus | <input type="checkbox"/> andere | |
| Krebs: | <input type="checkbox"/> hämatologische Malignome: | <input type="checkbox"/> MDS <input type="checkbox"/> AML | |
| | <input type="checkbox"/> Hautkrebs | <input type="checkbox"/> andere Krebsarten | |
| Wachstumsstörung: | <input type="checkbox"/> kleinwüchsig | <input type="checkbox"/> andere Deformitäten | |
| Familiengeschichte: | <input type="checkbox"/> Eltern betroffen | <input type="checkbox"/> Geschwister betroffen | <input type="checkbox"/> andere |
| Bekannte Mutationen: _____ | | | |
| Medikamente: _____ | | | |

Zusätzliche Informationen:

Entnahmedatum:	Entnahmezeit:
Laborresultate:	Hb: _____ Lc: _____ Tc: _____

Einwilligung in die Analyse der Telomerlänge

Hiermit genehmige ich die Messung der Telomerlänge für den in diesem Antrag genannten Patienten. Ich habe den Patienten über den Test informiert, und der Patient hat seine Zustimmung zur Durchführung des Tests gegeben. Darüber hinaus hat der Patient ausdrücklich der Übermittlung der Testergebnisse per E-Mail zugestimmt.

Unterschrift des behandelnden Arztes (**erforderlich**):

Datum:

Messung der Telomerlänge durch die Gruppe von G. Baerlocher, MD, EMBA

Sollten Sie Fragen zu der Analyse haben, zögern Sie nicht uns zu kontaktieren:

G. Baerlocher, MD, EMBA
FMH Innere Medizin und Hämatologie
FAMH Hämatologie
Tel: +41 44 269 99 04
E-Mail: info@patho.ch

Kontaktieren Sie uns vor der Blutentnahme per E-Mail unter info@patho.ch, um ein passendes Versanddatum zu finden. **In dringenden Fällen kontaktieren Sie uns bitte per Telefon +41 44 269 99 04 für eine schnellere Abwicklung.**

Probenentnahme

- Beschriften Sie das Probenröhrchen mit:
 - Patienten ID #**
 - Alter**
 - Geschlecht**
 - Datum und Uhrzeit der Entnahme**
- Entnehmen Sie peripheres Blut in **EDTA** (ethylenediaminetetraacetic acid).
- Für einen erfolgreichen Test werden 10-15 ml peripheres Blut benötigt.
- Alle Einsendungen müssen innerhalb von 2 Tagen und in gutem Zustand bei uns eintreffen. Die Proben sollten **über Nacht per Priority Versand (Schweizerische Post), NUR Montag-Mittwoch** versandt werden.

Versand der Probe

Versandmaterial

- Transportbehälter zum Schutz vor Beschädigung
- Probenbeutel oder verschliessbarer Zip-Lock Beutel und Luftpolsterfolie
- Klebeband
- Zwei Adressaufkleber
- Auftragsformular für die Messung der Telomerlänge - **Unterschrift bitte nicht vergessen**

Versand

1. Legen Sie das Blutentnahmeröhrchen in den Probenbeutel und wickeln Sie es in Luftpolsterfolie ein.
2. Legen Sie das ausgefüllte und unterschriebene Auftragsformular zusammen mit der Probe in den Versandbehälter.
3. Verschliessen Sie den Versandbehälter mit Klebeband.
4. Beschriften Sie den Versandbehälter auf zwei Seiten mit der Adresse.
5. Sofortiger Priority Versand (Mo-Mi) an:

**Pathologie Medica Enge
Hottingerstrasse 9
CH - 8032 Zürich**

6. Teilen Sie uns das Versanddatum und die Trackingnummer mit per E-Mail unter info@patho.ch

Empfangsbestätigung der Probe

Wir werden Ihnen den Erhalt der Probe per E-Mail bestätigen. Sollte die Verpackung oder die Probe beschädigt sein beim Erhalt, werden wir Sie mit weiteren Anweisungen kontaktieren.