

Hautklinik
Universitätsklinikum Essen
Klinik für Dermatologie, Labor
Hufelandstr. 55
45147 Essen

Ansprechpartner PDL1 Färbung und molekulare Diagnostik:
Antje Sucker/
PD Dr. Klaus Griewank
Tel: 0201 723-2406/-2434

Anforderung bitte an:
FAX: 0201 723-5171

Patient

(ggf. Aufkleber)

Name:
Vorname:
Geburtsdatum:
Adresse:

Anfordernde Abteilung:

(ggf. Aufkleber)

Anforderer:
Abteilung:
Institute:
Adresse:

Histo Block Nummer: _____

Tumorart: *erforderliche Angabe!*

- Melanom Stadium < IIIb Stadium ≥ IIIb
 MCC SCC andere: _____
 Primarius
 Metastase

Lokalisation/ Organ (bei einer Metastase): _____

Histo Befund in Kopie beiliegend (ist für die Bearbeitung unbedingt erforderlich!)

Für die Analysen wird folgendes Material benötigt:

1. der Paraffinblock
oder
2. Paraffinschnitte : 5 Schnitte a 2-4µm auf Superfrost OT's für die PDL1 Färbung und 10 Schnitte a 10µm auf OT's aufgezogen für die Sequenzierung

Folgende Untersuchungen werden durchgeführt:

Nachweis der PDL1 Expression im Tumorgewebe mit Immunhistochemie
Mutationsanalyse mit einem 30 Gen Panel auf dem Miseq

Folgende Gene werden untersucht:

BRAF	KRAS	CDK4	PIK3R1	SMARCA4	WT1
NRAS	RAC1	PTEN	PIK3CA	EZH2	GNAQ
KIT	TERT Prom.	TP53	MITF	IDH1	GNA11
NF1	TERT	MAP2K1	ARID2	CTNNB1	BAP1
HRAS	CDKN2A	MAP2K2	ARID1A	FBXW7	SF3B1

TERT Prom. = TERT Promoter; Grau hinterlegt = Aderhautmelanom typische Genmutationen

Bei Ihrer Erkrankung können Veränderungen (Mutationen) verschiedener Abschnitte der Erbinformation (Gene), wie zum Beispiel des BRAF Gens, sowie Veränderungen bestimmter Eiweiße (Proteine), wie zum Beispiel des PD-L1, wichtig sein, um erfolgreiche Medikamente für die Behandlung dieser Erkrankung auszuwählen.

EINWILLIGUNG ZUR DURCHFÜHRUNG EINER GENETISCHEN UNTERSUCHUNG

(DNA-DIAGNOSTIK, GENDIAGNOSTIK)

Ich erkläre mich hiermit einverstanden, dass aus dem mir entnommenen Tumormaterial die DNA isoliert und auf im Tumor entstandene genetische Veränderungen (Mutationen) untersucht wird. Der Nachweis verschiedener Mutationen kann entscheidend sein um im Bedarfsfall eine effektive zielgerichtete Therapie anbieten zu können.

Ich bin über die Aussagekraft und die möglichen Konsequenzen der Untersuchung vom Arzt aufgeklärt worden. Ich stimme zu, dass ein Teil des Materials für Kontrollzwecke 10 Jahre archiviert und anschließend vernichtet wird. Ich kann dieses Einverständnis jederzeit widerrufen.

EINWILLIGUNG PDL1 FÄRBUNG

(Immunhistochemische Färbung)

Ich erkläre mich hiermit einverstanden, dass von dem mir entnommenen Tumormaterial Gewebeschnitte hergestellt werden und diese auf PDL1 Expression mittels immunhistochemische Färbung untersucht werden. Der Nachweis der PDL1 Expression im Gewebe kann entscheidend sein um eine effektive zielgerichtete Therapie anbieten zu können.

Ich bin über die Aussagekraft und die möglichen Konsequenzen der Untersuchung vom Arzt aufgeklärt worden. Ich stimme zu, dass ein Teil des Materials für Kontrollzwecke 10 Jahre archiviert und anschließend vernichtet wird. Ich kann dieses Einverständnis jederzeit widerrufen.

Datum, Unterschrift - Patient / Vertreter

Name, Vorname in Druckbuchstaben (falls abweichend v. Pat.)

Datum, Unterschrift - Arzt