



Divisjon Medisinsk service  
 Avdeling for patologi Lillehammer  
 Anders Sandvigs gate 17  
 2609 Lillehammer  
 Tlf: 61 05 02 00, Fax: 61 27 20 42

5248188501

**Rekvirent** HPR-nr.

Rekv. lege .....

Enhet/legekontor .....

Adresse ..... Tlf. ....

Postnr. .... Poststed .....

HER-id/legekantor

**Pasient**

Fødselsdato  Personnummer  Kvinne  Mann

Etternavn - fornavn .....

Adresse .....

Postnr. .... Poststed .....

Innlagt Ja  Nei

**Kopi av svar sendes til**

Legenavn HPR-nr.

Avdeling/legekontor .....

Adresse HER-id

Postnr./sted legekantor

Prøvetakingstidspunkt

CITO

Pakkeforløp

TELEFON

**Kliniske opplysninger**

Tidl. relevant hist/cyt? .....  
 (sted/nr/år/diagnose)

**Prøvematerial:**

SIHF blokker Preparatnummer: .....

Annet sykehus/laboratorium Preparatnummer: .....

**Analyser**

<p><b>PCR</b></p> <p><input type="checkbox"/> Kolon (KRAS, BRAF og NRAS)</p> <p><input type="checkbox"/> Mikrosatelitt instabilitet (MMR/MSI)</p> <p><input type="checkbox"/> Melanom, vanlig kutant (NRAS/BRAF)</p> <p><input type="checkbox"/> Mamma (PIK3CA/AKT1)</p>	<p><b>NGS</b></p> <p><input type="checkbox"/> Lunge (EGFR, ROS1-fusjon, RET-fusjon, BRAF, NTRK, ALK punktmutasjon, ALK-fusjon, MET og KRAS)</p> <p><input type="checkbox"/> Galleveier/pancreas/øvre GI (BRAF, EGFR, ERBB2, FGFR1/2/3, IDH1/2, KRAS, NRAS, NTRK1/2/3,MSI)</p> <p><input type="checkbox"/> Annet: .....</p>
--	--

**Informasjon til rekvirent**

Rekvisisjonen fylles ut etter angivelse i rubrikkene. Utfylt informasjon må være lett å tyde, med godt trykk og adressert svarmottaker. Benytt blå eller sort penn. Prøvetakingsdato benyttes for å bedømme hvor gammel prøven er ved mottak på laboratoriet, og dette kan ha betydning for enkelte prøvematerialer. Prøven må være godt merket, slik at det tydelig fremkommer personnummer eller annen entydig identifikasjon på prøven.

Opplysninger om akkrediteringsomfang kan fås ved henvendelse til laboratoriet.