

## BIOPSIE

Annahme

Tel. 044 255 25 29 / 25 32

Intern: Gegensprechanlage Nr. 2082

Sekretariat

Tel. 044 255 25 11

pathologie@usz.ch

## Leberbiopsie

**Datum der Entnahme:** \_\_\_\_\_

**Entnahmezeit:** \_\_\_\_\_

**Schnellbiopsie**

Entnahmezeit: \_\_\_\_\_

### Klinische Angaben

\_\_\_\_\_

### Fragestellung

\_\_\_\_\_

### Anamnese

i.v. Drogen

nein

ja

wann \_\_\_\_\_

Alkohol

Menge \_\_\_\_\_

Transfusionen

wann \_\_\_\_\_

### Medikamente

\_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_

### Befunde

nein

ja

Adipositas

Ikterus

Aszites

Oesophagusvarizen

Splenomegalie

### Laborwerte

normal

erhöht

Wert

SGPT/ALT

\_\_\_\_\_

SGOT/AST

\_\_\_\_\_

γGT

\_\_\_\_\_

Alk. Phase

\_\_\_\_\_

Ferritin

\_\_\_\_\_

αFP \_\_\_\_\_

andere \_\_\_\_\_

**Bildgebung (US/CT/MR)** \_\_\_\_\_

## Patient

Pat.-Nr \_\_\_\_\_

Fall-Nr \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Strasse \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_ Wohnort \_\_\_\_\_

Geb.-Datum \_\_\_\_\_

männlich  weiblich  unbekannt

Rechnung an  Patient  Auftraggeber

Andere: \_\_\_\_\_

Name und Adresse des **einsendenden Arztes/Spitals:**

Institution \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Strasse \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Befundkopie an:

Institution \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Strasse \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

*bitte freilassen*

<b>HBV</b>	HBsAg	anti-HBs	anti-HBc IgG/IgM
	HBeAg	anti-HBe	HBV-DNS
<b>HCV</b>	anti-HCV	HCV-RNS	HCV RNS quant
<b>andere Erreger</b>	anti-HAV IgG/IgM	CMV	EBV
<b>Autoimmun Marker</b>	ANA	AMA	ASMA

### Zusätzliche Angaben bei Lebertransplantatbiopsien

Datum der TPL \_\_\_\_\_

Grundleiden \_\_\_\_\_

Basis-Immunsuppression:

Ciclosporin  Steroide

FK506 (Tacrolimus)  andere \_\_\_\_\_

Abstoßungsbehandlung mit \_\_\_\_\_

am \_\_\_\_\_