

**Institut für Pathologie und
Molekularpathologie**
Schmelzbergstrasse 12
8091 Zürich

www.pathologie.usz.ch

BIOPSIE

Annahme Tel. 044 255 25 29 / 25 32
Sekretariat Intern: Gegensprechanlage Nr. 2082
Tel. 044 255 25 11
pathologie@usz.ch

Leberbiopsie

Datum der Entnahme: _____

Schnellbiopsie

Entnahmezeit: _____

Klinische Angaben

Fragestellung

Anamnese

	nein	ja	
i.v. Drogen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	wann _____
Alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Menge _____
Transfusionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	wann _____

Medikamente

_____ seit _____

_____ seit _____

_____ seit _____

Befunde

	nein	ja	
Adipositas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ikterus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Aszites	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Oesophagusvarizen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Splenomegalie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Laborwerte

	normal	erhöht	Wert
SGPT/ALT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
SGOT/AST	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
γGT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Alk. Phase	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Ferritin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
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

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

Zusätzliche Angaben bei Lebertransplantatbiopsien

Datum der TPL _____

Grundleiden _____

Basis-Immunsuppression:

Ciclosporin Steroide

FK506 (Tacrolimus) andere _____

Abstossungsbehandlung mit _____

am _____