

**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

Prostata-Template-Biopsien

Datum der Entnahme: _____

Klinische Angaben / Diagnose / bisherige Therapie / auswärtige Untersuchungen

PSA: _____ ng/ml (Ratio: _____ %)

TRUS-Gesamtvolumen: _____ ml

TRUS-Adenomvolumen: _____ ml

Prostata-Tastbefund: _____

Anzahl früherer Prostata-Biopsien: _____ wann: _____

Fragestellung

HGPIN ASAP Karzinom: _____

(bei Karzinom bitte Angabe des Gleason score, Anzahl und Lokalisation der befallenen Stenzen sowie Anteil Karzinom pro befallener Stanze)

Angaben zur Probe

- | | | | |
|--------------------------|--|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Area 1: Left parasagittal anterior Apex | <input type="checkbox"/> | Area 12: Right lateral |
| <input type="checkbox"/> | Area 2: Left parasagittal anterior Base | <input type="checkbox"/> | Area 13: Left parasagittal posterior Apex |
| <input type="checkbox"/> | Area 3: Right parasagittal anterior Apex | <input type="checkbox"/> | Area 14: Left parasagittal posterior Base |
| <input type="checkbox"/> | Area 4: Right parasagittal anterior Base | <input type="checkbox"/> | Area 15: Right parasagittal posterior Apex |
| <input type="checkbox"/> | Area 5: Midline Apex | <input type="checkbox"/> | Area 16: Right parasagittal posterior Base |
| <input type="checkbox"/> | Area 6: Midline Base | <input type="checkbox"/> | Area 17: Left medial posterior Apex |
| <input type="checkbox"/> | Area 7: Left medial anterior Apex | <input type="checkbox"/> | Area 18: Left medial posterior Base |
| <input type="checkbox"/> | Area 8: Left medial anterior Base | <input type="checkbox"/> | Area 19: Right medial posterior Apex |
| <input type="checkbox"/> | Area 9: Right medial anterior Apex | <input type="checkbox"/> | Area 20: Right medial posterior Base |
| <input type="checkbox"/> | Area 10: Right medial anterior Base | <input type="checkbox"/> | Area 21: MRI targeted biopsy |
| <input type="checkbox"/> | Area 11: Left lateral | | |

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 _____