SIOP EPENDYMOMA II **Begleitschein Referenzneuropathologie**

Wird vom Labor ausgefüllt

Referenzzentrum - Neuropathologie
Prof. Dr. med. Ulrich Schüller
Institut für Neuropathologie
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Haus O26, Raum 283
Martinistraße 52
20246 Hamburg

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____. _____ . _____ Einsender-Nummer: _____

☐ männlich ☐ weiblich

Operation

OP-Datum: _____ . _____ . _____ ☐ Tumorresektion ☐ Biopsie ☐ Rezidiv-OP

Material

	Wir vom Labor – Referenzpathologie ausgefüllt Eingangsdatum: ___ . ___ . _____
☐ **FFPE Blöcke (**obligat 1, **gerne mind. 2)** ODER ☐ mind. 20 x 5µm Leerschnitte (Objektträgern) und ☐ mind. 10 x (10µm) Curls in Eppendorf Röhrchen	Anzahl an Blöcken : _____ Anzahl an Leerschnitten: _____
☐ **Tumorfrischmaterial** Dauer bis zum Einfrieren: _____	Kommentar: _____
☐ **2 x 5 ml EDTA-Blut** Datum der Abnahme: _____ . _____ . _____	Kommentar: _____
☐ Sonstiges: _____	Kommentar: _____

Molekulare Analysen (methylation array)

☐ wurden/werden lokal **nicht** durchgeführt ☐ wurden/werden lokal durchgeführt (Ergebnis_____)
☐ iDat-Files werden dem neuropathologischen Referenzzentrum Hamburg (Prof. Schüller) zur Verfügung gestellt.

Lokalisation des Tumors

☐ **supratentoriell:** ☐ intraventrikulär ☐ mit Kontakt zum Ventrikel ☐ _____
☐ **infratentoriell:** ☐ intraventrikulär ☐ mit Kontakt zum Ventrikel ☐ Kleinhirnbrückenwinkel ☐ _____
☐ **spinal:** ☐ Höhe (vertebral): _____
Weitere Angaben zur Lokalisation:_____

Diagnose Einsender / Kommentar

_____

_____

Materialarchivierung

☐ Für den Fall, dass mehrere FFPE Blöcke eingereicht wurden, dürfen weitere Blöcke für zukünftige Forschungsprojekte in Hamburg archiviert werden. Ein FFPE Block wird in jedem Fall zurückgesendet.

Stempel:

Datum: _____ Unterschrift:_____

Kontaktperson: _____ Telefon: _____

Bitte eine Kopie des ausgefüllten Formulars an die nationale Studienzentrale schicken - Fax:+49 40 7410 58300