

**Institut für Humangenetik**

Neue Stiftingtalstraße 2, 8010 Graz

humangenetik@medunigraz.at

Tel. +43 / 316 / 385-73800

Fax +43 / 316 / 385-79620

**Untersuchungsauftrag**

**Abortgewebe**

Zuweisende*r Arzt*Ärztin (Bitte Stempel o. Druckschrift)	Kostenübernahme
Name:	<input type="checkbox"/> Überweisungsschein liegt bei
Klinik:	<input type="checkbox"/> Rechnung an Krankenhaus
Straße/Ort:	<input type="checkbox"/> Privatrechnung an Patient*in
Telefon:	
Email-Adresse:	

Angaben zur Patientin / Schwangeren (Etikett)	Angaben zum Partner / biologischen Vater des Fetus
Nachname: .....	Nachname: .....
Vorname: .....	Vorname: .....
Geb. Datum: .....	Geb. Datum: .....
Adresse: .....	Adresse: .....
SV-Nummer: .....	SV-Nummer: .....
Krankenkasse: .....	Krankenkasse: .....

<b>Zuweisungsdiagnose:</b> .....
SSW: ..... Ultraschall auffällig: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ( <u>bitte Befund beilegen!</u> ) Schwangerschaft nach <input type="checkbox"/> Eizellspende <input type="checkbox"/> Samenzellspende

<b>Untersuchungsmaterial:</b> fetal: <input type="checkbox"/> <b>Abortmaterial</b> (Bitte einen zusätzlichen Überweisungsschein für die Humangenetik Salzburg beilegen) <input type="checkbox"/> <b>Nabelschnurblut</b>	
maternal: <input type="checkbox"/> 4 ml <b>EDTA-Vollblut</b> <input type="checkbox"/> 4 ml <b>Natrium-Heparin-Blut</b>	Knochenmarktransplantation: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
paternal: <input type="checkbox"/> 4 ml <b>EDTA-Vollblut</b> <input type="checkbox"/> 4 ml <b>Natrium-Heparin-Blut</b>	Knochenmarktransplantation: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Datum / Uhrzeit der Probenabnahme: .....	
Probenzustellung: ungekühlt per Eilboten; Mo - Do bis 14 Uhr; Fr bis 12 Uhr; tel. Voranmeldung möglich: 0316 / 385-73800	

**Angeforderte Untersuchungen:**

- PCR-Schnelltest
- Kopienzahlanalyse <sup>(1)</sup>
- Chromosomenanalyse aus Nabelschnurblut (Chromosomenanalyse aus Gewebe nicht möglich)
- Chromosomenanalyse, maternal / paternal
- sonstige Untersuchungen (z.B. einzelne Gene) <sup>(2)</sup>: .....
- Phänotyp-basierte**
- Single-Exomuntersuchung  Duo-Exomuntersuchung  Trio-Exomuntersuchung <sup>(3)</sup>

(1) Die Kopienzahlanalyse aus Abortgewebe erfolgt i.d.R. mittels Array.

(2) Die Auswertung einzelner Gene erfolgt in Abhängigkeit von der Fragestellung mittels Sanger-Sequenzierung, gezielter Analyse aus einem Exom- oder Genomdatensatz oder den Daten einer Genpanel-Untersuchung (z.B. TruSight Cancer). Der Untersuchungsumfang sollte auch bei der Aufklärung über Zusatzbefunde berücksichtigt werden.

- (3) Familienuntersuchungen wie z.B. Trio- oder Duo-Exomuntersuchung können **nur mit Blutproben der biologischen Elternteile** erfolgen. Bitte daher bei der Aufklärung zur genetischen Untersuchung erheben, ob eine Eizell- oder Samenzellspende stattgefunden hat (Ausschluss!). Bei einer Knochenmarkstransplantation kann die genetische Untersuchung nicht aus Blut erfolgen. Bei der Untersuchung kann als Nebenbefund erhoben werden, dass es sich bei einer untersuchten Person nicht um ein biologisches Elternteil handelt oder dass eine nähere Verwandtschaft der Eltern besteht. Bei Exom- bzw. Genom-weiten Analysen können Zufallsbefunde erhoben werden (siehe Einverständniserklärung). Für die Befundung wird eine schriftliche Einverständniserklärung von allen untersuchten Personen benötigt.

Hiermit wird bestätigt, dass mir (einsendende\*r Arzt\*Ärztin) das schriftliche Einverständnis der oben genannten Personen zur Durchführung der ausgewählten Untersuchung vorliegt und eine Beratung entsprechend dem Österr. Gentechnikgesetz erfolgte.

Formular abrufbar unter <https://humangenetik.medunigraz.at> (Diagnostik / Einverständniserklärungen)

.....  
Ort, Datum

.....  
Vorname / Nachname einsendende\*r Arzt\*Ärztin  
(Druckschrift)

.....  
Unterschrift einsendende\*r Arzt\*Ärztin

**Informationen zum Untersuchungsmaterial:**

Bitte immer **4 ml EDTA-Blut der Patientin** mitschicken, um eine **Kontamination** der fetalen Probe mit maternalen Zellen **ausschließen zu können**.

**Nabelschnurblut:** 2 ml EDTA-Blut **und / oder** für Chromosomenanalyse 2 ml Natrium-Heparin-Blut.

**Abortmaterial:** **Bitte 2 Überweisungsscheine beilegen.** Gewebe: mindestens 3-4 mm Durchmesser (in physiologischer Kochsalzlösung; ungekühlt).

**Anmerkungen:** Zu geringe Mengen an Untersuchungsmaterial können die Bearbeitungszeit verzögern oder die Aussagekraft einschränken. Möglicherweise kann eine der angeforderten Untersuchungen nicht durchgeführt werden.

**Chromosomenanalyse, maternal / paternal (Natrium-Heparin-Blut):** ist die Untersuchung nicht angekreuzt, wird das Blut verworfen!