

Anforderungsbogen Paraffingewebe (FFPE) aus der Tumor- und Normalgewebekbank des NCT/UCC



NATIONALES CENTRUM
FÜR TUMORERKRANKUNGEN
PARTNERSTANDORT DRESDEN
UNIVERSITÄTS KREBSCENTRUM UCC

Anforderungsbogen bitte am PC ausfüllen, ausdrucken, unterschreiben und als Scan, vorzugsweise per E-Mail senden an: Patho-Studien@uniklinikum-dresden.de (oder per Fax an: +49 (0)351 458-4328).

getragen von:
Deutsches Krebsforschungszentrum
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden
Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus, TU Dresden
Helmholtz-Zentrum Dresden-Rossendorf

Anforderung bitte auswählen: <input type="checkbox"/> Paraffingewebe <input type="checkbox"/> Paraffingewebeschnitte <input type="checkbox"/> Erstellung TMA <input type="checkbox"/> TMA-Schnitte			Anzahl Fälle:
	<input type="checkbox"/> Tumorgewebe		
	<input type="checkbox"/> Normalgewebe		
Tumorentität:	<input type="checkbox"/> Prostatakarzinom	<input type="checkbox"/> Colon-/Rektumkarzinom	
	<input type="checkbox"/> Harnblasenkarzinom	<input type="checkbox"/> Leberkarzinom	
	<input type="checkbox"/> Nierenzellkarzinom	<input type="checkbox"/> Lungenkarzinom	
	<input type="checkbox"/> Hodenkarzinom	<input type="checkbox"/> Mammakarzinom	
	<input type="checkbox"/> Nebennierenkarzinom	<input type="checkbox"/> Uteruskarzinom	
	<input type="checkbox"/> Andere:		
Anforderungen/ Bearbeitung:	Schnittanfertigung:	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
	Anzahl Leerschnitte pro Block:		
	Schnittdicke:		
	HE-Schnitt gewünscht zum Block?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
	Anzahl Spezialfärbungen – welche?		
E-Nummer(n):	Nur ein Fall, bitte genaue E-Nummer falls bekannt:		
	oder <input type="checkbox"/> separate Liste im Anhang		
Institution/Klinik + Abteilung/Arbeitsgruppe:			

Tumor- und Normalgewebekbank des NCT/UCC:

Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden
an der Technischen Universität Dresden
Anstalt des öffentlichen Rechts
des Freistaates Sachsen

am Institut für Pathologie
Direktor: Prof. Dr. med. G. Baretton
Fetscherstraße 74
01307 Dresden

Koordination:
PD Dr. med. D. Aust

Zertifiziert nach
DIN EN ISO 9001:2015



Projektleiter:	Titel + Name: Ansprech- partner: E-Mail: Tel.: <u>Unterschrift:</u> _____ Datum:
Projekttitle: (Wortlaut wie es auf dem Ethikantrag steht)	
Kurzbeschreibung:	



Ethikvotum zum Projektantrag liegt vor:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein falls vorhanden, Nummer des Ethikvotums:
Biostatistische Prüfung erfolgt:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Kooperationspartner erforderlich:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn ja, Institut und Name des Kooperationspartners: E-Mail:
Publikation geplant:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Werden weitere Nachforderungen zum Projekt folgen?:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ggf. Ergänzungen/Wünsche:	

Wird von der Tumor- und Normalgewebekbank des UCC ausgefüllt	
Projektnummer:	
Ticketnummer:	
Eingang der Anforderung:	
Entscheidung der Arbeitsgruppe/Steering Committee:	<input type="radio"/> Zustimmung <input checked="" type="radio"/> noch in Bearbeitung <input type="radio"/> Ablehnung
Mitteilung der Entscheidung am:	
Ausgabe des Gewebes am:	