

**Protokoll für Gewebeentnahme (Fresh Frozen) – an MET einsendende Kliniken**



Name, Vorname: \_\_\_\_\_  
 Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
 MET-Biobank-Nr.: \_\_\_\_\_

KIT-Pseudonym.: \_\_\_\_\_

**Bitte LESERLICH ausfüllen!!**

**Tumormaterial bitte in maximal 2 ml (1 ccm) Tube abfüllen**

**1. Entnahme des Gewebes:** HZ Mitarbeiter   
 Datum:  Uhrzeit:   
 Ischämierrelevante Gefäßligatur: Uhrzeit:   
 Resektatabsetzung: Uhrzeit:

**2. Materialart:**  Frischgewebe unfixiert

**3. Probe:**  Organ  Lymphknoten  Serosa  Weichgewebe

**4. Art der Gewebeentnahme:**  Biopsie  Resektat (unfixiert)

**5. Art der Probe:**

Primärtumor  Metastase  Normalgewebe  sonstiges: .....

Erstdiagnose  Rezidiv

	Aliquot Nr.:	Beschriftung Tubes
<input type="checkbox"/>	/1	
<input type="checkbox"/>	/2	
<input type="checkbox"/>	/3	

Primärtumor  Metastase  Normalgewebe  sonstiges: .....

Erstdiagnose  Rezidiv

	Aliquot Nr.:	Beschriftung Tubes
<input type="checkbox"/>	/1	
<input type="checkbox"/>	/2	
<input type="checkbox"/>	/3	

**6. Einfrieren der Probe bei:**  -80 °C  flüssigem Stickstoff Uhrzeit:

**Lagerung der Probe bis zum Transport:**  -80 °C  flüssigem Stickstoff

# Protokoll für Gewebeentnahme (Fresh Frozen) – an MET einsendende Kliniken

## 8. Versand:

Datum:

Uhrzeit:

## 7. Organ:

<input type="checkbox"/>	AP - Appendix	<input type="checkbox"/>	PA - Pankreas (exo- und endokrin)
<input type="checkbox"/>	AU – Auge/ Augenlid	<input type="checkbox"/>	PE - Peritoneum / Bruchsack /Netz
<input type="checkbox"/>	BR – Bronchus	<input type="checkbox"/>	PK - Perikard
<input type="checkbox"/>	BS - Bandscheibe	<input type="checkbox"/>	PL - Pleura
<input type="checkbox"/>	BT - Blut / Thrombus	<input type="checkbox"/>	PN - Penis / Präputium
<input type="checkbox"/>	BU - Bursa	<input type="checkbox"/>	PO - Portio / Cervix uteri
<input type="checkbox"/>	CO - Colon / Rectum	<input type="checkbox"/>	PR - Prostata
<input type="checkbox"/>	DD - Dünndarm	<input type="checkbox"/>	PV - Papilla Vateri
<input type="checkbox"/>	DU - Duodenum	<input type="checkbox"/>	PX - Pharynx
<input type="checkbox"/>	EK – Epithelkörperchen	<input type="checkbox"/>	PZ - Plazenta
<input type="checkbox"/>	EX - Extremität (Amputat)	<input type="checkbox"/>	SB - Samenblase
<input type="checkbox"/>	FO - Foet	<input type="checkbox"/>	SD - Schilddrüse/ C-Zellen
<input type="checkbox"/>	GB - Gallenblase	<input type="checkbox"/>	SE - Sehne / Ligament / Karpaltunnel etc
<input type="checkbox"/>	GE – Gehim/ Rückenmark/ Epiphyse Meningen	<input type="checkbox"/>	SP - Speicheldrüse
<input type="checkbox"/>	GF - Gefäß	<input type="checkbox"/>	SS - Samenstrang
<input type="checkbox"/>	GL - Synovialis / Gelenk	<input type="checkbox"/>	TH - Thymus
<input type="checkbox"/>	HB - Harnblase	<input type="checkbox"/>	TO - Tonsille/ Adenoide
<input type="checkbox"/>	HE – Herz/ Herzklappen	<input type="checkbox"/>	TR - Trachea
<input type="checkbox"/>	HO - Hoden / Nebenhoden	<input type="checkbox"/>	TU - Tube
<input type="checkbox"/>	HP - Hypophyse	<input type="checkbox"/>	UT - Uterus (Corpus / Fundus /Myometrium)
<input type="checkbox"/>	HT - Haut	<input type="checkbox"/>	VA - Vagina
<input type="checkbox"/>	HW - Harnwege (Nierenbecken, Ureter, Urethra)	<input type="checkbox"/>	VU - Vulva
<input type="checkbox"/>	KM - Knochenmark	<input type="checkbox"/>	WE - Weichgewebe Extremität
<input type="checkbox"/>	KN - Knochen	<input type="checkbox"/>	WG - Weichgewebe allgemein
<input type="checkbox"/>	KP - Knorpel	<input type="checkbox"/>	WK - Weichgew. Sarkom
<input type="checkbox"/>	LE - Leber	<input type="checkbox"/>	WM - Weichgewebe Mediastinum
<input type="checkbox"/>	LK - Lymphknoten	<input type="checkbox"/>	WR - Weichgewebe Retroperitoneum
<input type="checkbox"/>	LU - Lunge	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	LX - Larynx	<input type="checkbox"/>	HWS - Halswirbelsäule
<input type="checkbox"/>	MA - Magen	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	ME - Meniskus	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	MH - Mundhöhle/ Zahn/ Lippe	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	MI - Milz	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	MM - Mamma	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	MU - Muskel	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	NA – Nase (Haut)	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	NH – Nasenhaupt– und -nebenhöhlen	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	NI - Niere	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	NN - Nebeniere	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	NV - Nerv	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	OE - Oesophagus	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	OH - Ohr äußerlich/ Gehörgang	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	OV - Ovar	<input type="checkbox"/>	Sonstiges

**Nicht vom Einsender auszufüllen**

**9. Ankunft Registerzentrale:**

Datum:                      Uhrzeit:                      Handzeichen Mitarbeiter:

Bemerkungen:

**10. Übergabe Biobank:**

Datum:                      Uhrzeit:                      Handzeichen Mitarbeiter: