



## Checkliste für die Anmeldung einer klinischen Studie

Vollständiger Name der Studie

---

---

---

Acronym der Studie: \_\_\_\_\_

Sponsor der Studie: \_\_\_\_\_

Beginn der Studie: \_\_\_\_\_

FRKS-Nr.: \_\_\_\_\_

EudraCT der Studie: \_\_\_\_\_

IIT-Studie, Nr.: \_\_\_\_\_

Prüfarzt/Prüfärztin für Rückfragen: \_\_\_\_\_

Name, Vorname

Telefon

E-Mail

### Herstellung und Versand von Leerschnitten

Gewebeart:  Tumor  Normalgewebe  Sonstiges: \_\_\_\_\_

Anzahl der Leerschnitte: \_\_\_\_\_

Schnittdicke:  2 µm (IHC)  3 µm  Andere: \_\_\_\_\_ µm

4-5 µm (NGS) – Objektträger: unbeschichtet

4-5 µm (In situ Hybridisierung = ISH) – Objektträger: beschichtet

Schnittbehandlung:  luftgetrocknet (kein Brutschrank)

Mind. Tumorzellgehalt<sup>1</sup>: \_\_\_\_\_ %

Lab Manual (bitte genaue Seitenzahl angeben): \_\_\_\_\_

### Optionale Sonderleistung

**Zur Qualitätskontrolle und zur Quantifizierung des Zellgehalts empfiehlt sich eine HE-Anfangs- und Endschnittfärbung.**

HE-Anfang und Endschnitt

Schnittbehandlung:  RNase-frei

Sonstiges<sup>2</sup>: \_\_\_\_\_

<sup>1</sup>) Falls nicht ausgefüllt, nicht von Relevanz.

<sup>2</sup>) Weitere Anforderungen außerhalb der gelisteten Leistungen sind Verhandlungssache zwischen Pathologie und dem Studienpartner.

## Checkliste für die Anmeldung einer klinischen Studie

### Untersuchung am Institut für Klinische Pathologie

- Histologie Färbungen: \_\_\_\_\_
- Immunhistochemie (IHC) Antikörper: \_\_\_\_\_
- In situ Hybridisierung (ISH) Sonde:  FISH: \_\_\_\_\_  
 CISH: \_\_\_\_\_
- Molekulare Analyse Gen: \_\_\_\_\_
- Gewebebasierte Biomarker: \_\_\_\_\_

Versand erfolgt:	Ausgang:
<input type="checkbox"/> von der Studienzentrale	<input type="checkbox"/> Abholung
<input type="checkbox"/> Andere: _____	<input type="checkbox"/> Versand

### Weitere Anmerkungen

---



---



---

Bei unvollständiger Checkliste wird die interne Vereinbarung nicht bearbeitet.

Die Einverständniserklärung des/der Patient\*in (Biomaterial) liegt vor und wird zusammen mit dem Anforderungsschein versendet.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Prüfarzt/Prüfärztin