

Jednostka zlecająca
(wynik zostanie przesłany na adres jednostki zlecającej lub osobie wyznaczonej do odbioru wyniku)

 **Narodowy Instytut Onkologii**
im. Marii Skłodowskiej-Curie
Państwowy Instytut Badawczy

Pracownia Diagnostyki Genetycznej i Molekularnej Nowotworów
Zakład Patologii i Diagnostyki Laboratoryjnej
02-781 Warszawa - Ursynów, ul. W.K. Roentgena 5
Tel. 22 546 2664 Faks 22 546 2601

SKIEROWANIE NA BADANIE PREDYSPOZYCJI GENETYCZNYCH

Nazwa/oznaczenie/adres/kontakt/tel.

DANE ZLECENIA WYPEŁNIA LEKARZ KIERUJĄCY

PRIORYTET:	<input type="checkbox"/> Rutynowy	<input type="checkbox"/> CITO
WYBÓR PŁATNIKA I TRYBU ROZLICZANIA		
<input type="checkbox"/> NFZ	<input type="checkbox"/> Ministerstwo Zdrowia (MZ)	<input type="checkbox"/> Usługa odpłatna
<input type="checkbox"/> Inne Wpisać jakie.....		

DANE PACJENTA WYPEŁNIA LEKARZ KIERUJĄCY

imię i nazwisko pacjenta oraz dane kontaktowe (tel., e-mail: dotyczy zleceń zewnętrznych)		Data urodzenia	Płeć <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> M																
PESEL/nazwa, nr dokumentu potwierdzającego tożsamość		PID:																	
<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>												<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>							
ROZPOZNANIE			ICD 10 (pięć znaków)																
Wskazanie do badania (wpisać)			<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>																

ZLECONE BADANIE WYPEŁNIA LEKARZ GENETYK KLINICZNY

<input type="checkbox"/> Molekularne (predyspozycje genetyczne) →	Wpisać nazwę oznaczanego genu, podać zakres analizy, opcjonalnie wpisać nazwę wariantu genetycznego	
Obciążony wywiad rodzinny?	<input type="checkbox"/> TAK → <input type="checkbox"/> NIE	Jeśli tak, podać rodzaj nowotworu i stopień pokrewieństwa: I..... II..... III.....
Czy u krewnych wykonano badanie genetyczne?	<input type="checkbox"/> TAK → <input type="checkbox"/> NIE	Jeśli tak, podać czy znana jest mutacja występująca w danej rodzinie: Podać zakres analizy wykonanej u krewnych:
Czy u Pacjenta występuje lub wystąpił w przeszłości nowotwór?	<input type="checkbox"/> TAK → <input type="checkbox"/> NIE	Jeśli tak, podać typ nowotworu
Czy u pacjenta wykonano przeszczep szpiku ?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Informacja o stosowanym leczeniu:
Czy u pacjenta w ciągu ostatnich trzech miesięcy przeprowadzono transfuzję krwi?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	

MATERIAL BADANY WYPEŁNIA LEKARZ KIERUJĄCY

Rodzaj materiału:	<input type="checkbox"/> Krew obwodowa	NUMER PRÓBK
	<input type="checkbox"/> Inny materiał	wpisać jaki:
Czy uzyskano zgodę pacjenta na:		Data
wykonanie badania genetycznego i przetwarzanie danych osobowych?	przesłanie wyników badań drogą elektroniczną?	wpisać
<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
		oznaczenie i podpis lekarza * oraz dane kontaktowe: tel., e-mail – dotyczy zleceń zewnętrznych

WYPEŁNIA OSOBA POBIERAJĄCA POBRANIE MATERIAŁU DO BADANIA

osoba pobierająca _____	oznaczenie osoby pobierającej
data	godzina

WYPEŁNIA LABORATORIUM PRZYJĘCIE MATERIAŁU DO BADANIA

osoba przyjmująca _____	wpisać imię i nazwisko	Numer badania (wpisać nadany numer)
data	godzina	

zaznacz właściwe

* oznaczenie – nazwisko i imię, tytuł zawodowy, numer prawa wykonywania zawodu, podpis