PRACOWNIA GENETYKI KLINICZNEJ I PATOLOGII MOLEKULARNEJ ZAKŁADU ANALITYKI LEKARSKIEJ
10 WOJSKOWY SZPITAL KLINICZNY Z POLIKLINIKĄ SPZOZ
ul. Powstańców Warszawy 5, 85-681 Bydgoszcz
tel. 261 417 213, fax 261 417 214, e-mail: genetyka@10wsk.mil.pl, www.10wsk.mil.pl
PN-EN ISO 9001:2015 PN-EN ISO 14001:2015 PN ISO 45001:2018

NR BADANIA

ZLECENIE na badanie molekularne w kierunku
Identyfikacji genotypów wysokiego ryzyka wirusa HPV (HR HPV)

NAZWISKO I IMIĘ PACJENTA …… PESEL**:……..… Data urodzenia……... Płeć ☐ K ☐ M	PIECZĄTKA JEDNOSTKI KIERUJĄCEJ/ADRES ZAMIESZKANIA PACJENTA* Sposób kontaktu: ☐ z lekarzem zlecającym ☐ z pacjentem: tel……...
Pochodzenie etniczne……	Tryb wykonania badania: ☐ standardowy ☐ cito
ROZPOZNANIE …… Stosowane leczenie:…… Cel badania: diagnostyka ☐ określenie statusu nosicielstwa wirusa HPV ☐ uściślenie rozpoznania klinicznego	RODZAJ BADANIA ***Proszę zaznaczyć badanie do wykonania*** ☐ *Genotypowanie **HPV 16** oraz **HPV 18** + skrining HPV (31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 66, 68)*
DANE JEDNOSTKI/OSOBY UPOWAŻNIONEJ DO ODBIORU SPRAWOZDANIA (WYPEŁNIĆ JEŚLI JEST INNA NIŻ OŚRODEK KIERUNĄCY)	
INFORMACJE O MATERIALE BIOLOGICZNYM ☐ Wymaz z narządów płciowych i komórki szyjki macicy (płynna cytologia) ☐ Bloczek parafinowy	
Zgoda pacjenta na wykonanie badań genetycznych ☐ Tak ☐ Nie	
Podpis i pieczątka lekarza kierującego	Dane jednostki/osoby upoważnionej do odbioru sprawozdania z badania (wypełnić jeśli jest inna niż ośrodek kierujący)
WYPEŁNIA OSOBA POBIERAJĄCA MATERIAŁ	**WYPEŁNIA LABORATORIUM**
Data i godzina pobrania:……. Podpis osoby pobierającej	Data i godzina przyjęcia:…… Podpis osoby przyjmującej

** W przypadku badań prywatnych*
*** W przypadku osoby dorosłej nieposiadającej nr PESEL nazwa i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość*