

NR BADANIA

ZLECENIE NA BADANIE GENETYCZNE W NOWOTWORACH CUN

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA		PIECZĄTKA JEDNOSTKI KIERUJĄCEJ/ADRES ZAMIESZKANIA PACJENTA*		
PŁEĆ: <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> M		Sposób kontaktu: <input type="checkbox"/> z lekarzem zlecającym <input type="checkbox"/> z pacjentem: tel.....		
PESEL**	DATA URODZENIA	TRYB WYKONANIA BADANIA	POCHODZENIE ETNICZNE	NUMER HISTORII CHOROBY
		<input type="checkbox"/> standardowy <input type="checkbox"/> cito		
ROZPOZNANIE/WSKAZANIE				
ISTOTNE DANE KLINICZNE				
DATA I GODZINA POBRANIA MATERIAŁU				
DANE JEDNOSTKI/OSOBY UPOWAŻNIONEJ DO ODBIORU SPRAWOZDANIA (WYPEŁNIĆ JEŚLI JEST INNA NIŻ OŚRODEK KIERUNĄCY)				
BADANY MARKER GENETYCZNY <i>Proszę zaznaczyć badanie do wykonania</i> Glejaki: <input type="checkbox"/> Badanie molekularne w glejakach: mutacje w genach <i>IDH1</i> (R132H, R132C) oraz <i>IDH2</i> (R172K, R172M), kodelecja 1p/19q oraz delecja <i>CDKN2A/B</i> , <input type="checkbox"/> Badanie molekularne w glejakach: delecja <i>TP53</i> , amplifikacja <i>EGFR</i> , delecja <i>PTEN</i> , <input type="checkbox"/> Badanie molekularne w glejakach: metylacja promotora genu <i>MGMT</i> , mutacje w promotorze genu <i>TERT</i> (C250T, C280T),		Glejaki: <input type="checkbox"/> Badanie molekularne w glejakach: sekwencjonowanie całego promotora genu <i>TERT</i> <input type="checkbox"/> Badanie molekularne w glejakach: mutacje K27M, G34R/V w genach <i>H3-3A</i> , <i>H3-3B</i> , <i>H3C2</i> , Oponiaki: <input type="checkbox"/> Badanie molekularne w oponiakach: delecja genu <i>NF2</i>		
INFORMACJE O MATERIALE BIOLOGICZNYM <input type="checkbox"/> bloczek parafinowy/miejsce pobrania..... <input type="checkbox"/> inny (wpisać jaki)				
Czy uzyskano zgodę pacjenta na wykonanie badania genetycznego				
<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE		Data, podpis i pieczęć lekarza kierującego		

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

KWALIFIKACJA MATERIAŁU DO BADANIA (wypełnia lekarz patomorfolog)			
<input type="checkbox"/> BLOCZEK PARAFINOWY <input type="checkbox"/> PREPARAT HISTOPATOLOGICZNY		NUMER BLOCZKA/PREPARATU (wpisać)	
Uwaga: Do wykonania badania molekularnego kwalifikuje się materiał w formie skrojonych i niebarwionych skrawków parafinowych, w których odsetek komórek raka endometrium wynosi minimum 20%.			
UTKANIE NOWOTWOROWE			UWAGI
% odsetek komórek nowotworowych		% martwicy nowotworu	
Data przekazania materiału do Pracowni Genetyki			Podpis i pieczętka lekarza patomorfologa
PRZYJĘCIE MATERIAŁU DO PRACOWNI			
Data i godzina przyjęcia do Pracowni Genetyki			Podpis osoby przyjmującej materiał

* W przypadku badań prywatnych

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