

NR BADANIA

ZLECENIE na badanie molekularne w kierunku
NOWOTWORÓW HEMATOLOGICZNYCH

NAZWISKO I IMIĘ PACJENTA PESEL **:..... Data urodzenia..... Płeć <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> M	PIECZĄTKA JEDNOSTKI KIERUJĄCEJ/ ADRES ZAMIESZKANIA PACJENTA * Sposób kontaktu: <input type="checkbox"/> z lekarzem zlecającym <input type="checkbox"/> z pacjentem: tel.....
Pochodzenie etniczne..... ROZPOZNANIE / ICD-10 Stosowane leczenie:..... Informacja o transfuzji/przeszczepie szpiku <input type="checkbox"/> Tak(data)..... <input type="checkbox"/> Nie Cel badania: <input type="checkbox"/> diagnostyka- rozpoznanie choroby <input type="checkbox"/> badanie kontrolne/ocena remisji <input type="checkbox"/> badanie kolejne/wznowa	Tryb wykonania badania: <input type="checkbox"/> standardowy <input type="checkbox"/> cito RODZAJ BADANIA <i>Proszę zaznaczyć badanie do wykonania</i> MPN: <input type="checkbox"/> <i>BCR-ABL (p190, p210, p230)</i> <input type="checkbox"/> <i>JAK2 V617F</i> <input type="checkbox"/> <i>JAK2 exon 12 - mutacja N542_E543del oraz E543_D544del</i> <input type="checkbox"/> <i>MPL W515K</i> <input type="checkbox"/> <i>MPL W515L</i> <input type="checkbox"/> <i>CALR exon 9 - mutacja L367fs*46(del52bp) oraz K385fs*47(ins5bp)</i> Mastocytoza: <input type="checkbox"/> <i>cKIT D816V</i> CLL: <input type="checkbox"/> <i>TP53 (ex2-11)</i>
WBC: RBC: PLT: Blastozja szpiku/krwi:	
INFORMACJE O MATERIALE BIOLOGICZNYM <input type="checkbox"/> krew obwodowa: 2-4 ml krwi obwodowej pobranej jałowo do probówki z EDTA <input type="checkbox"/> szpik: 1-2 ml szpiku pobranego jałowo do probówki z EDTA	
Zgoda pacjenta na wykonanie badań genetycznych <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	
Podpis i pieczęć 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