

NR BADANIA

ZLECENIE NA BADANIE GENETYCZNE W RAKU ENDOMETRIUM

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 kierujący)				
BADANY MARKER GENETYCZNY <i>Proszę zaznaczyć badanie do wykonania</i> <input type="checkbox"/> POLE (eksony 9, 10, 11, 12, 13, 14) <input type="checkbox"/> TP53 (eksony 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11)				
INFORMACJE O MATERIALE BIOLOGICZNYM <input type="checkbox"/> bloczek parafinowy/miejsce pobrania..... <input type="checkbox"/> krew obwodowa <input type="checkbox"/> inny (wpisać jaki)				
Czy uzyskano zgodę pacjenta na wykonanie badania genetycznego		Data, podpis i pieczęć lekarza kierującego		
<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE				
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		% komórek nienowotworowych

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

Data przekazania materiału do Pracowni Genetyki	Podpis i pieczęć lekarza patomorfologa
PRZYJĘCIE MATERIAŁU DO PRACOWNI	
Data i godzina przyjęcia materiału do Pracowni Genetyki	Podpis osoby przyjmującej

* W przypadku badań prywatnych

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