

NR Zlecenia

Data i godzina przyjęcia materiału

.....
Wypełnia laboratorium

ZLECENIE BADANIA MOLEKULARNEGO TKANKI NOWOTWOROWEJ

BADANIE

Nazwisko i Imię pacjenta

PESEL |_ |_ |_ |_ |_ |_ |_ |_ |_ |_ data urodzenia kobieta mężczyzna

Rozpoznanie kliniczne

! Do zlecenia badania niezbędne jest załączenie wyniku badania histopatologicznego !

Nr materiału:	<input type="checkbox"/> bloczek parafinowy; <input type="checkbox"/> cell-block; <input type="checkbox"/> preparat cytologiczny; <input type="checkbox"/> preparat HP;
	<input type="checkbox"/> inny data pobrania

Ośrodek kierujący

Proszę o wysłanie wyniku badania również faxem na nr

Informacje płatniku badania (jeżeli inne niż w/w)

Adres zwrotny dla badanego materiału (jeżeli inny niż w/w)

Pacjent został poinformowany o znaczeniu diagnostycznym zleconych badań molekularnych i wyraził zgodę na ich wykonanie.

.....
data

.....
podpis i pieczęć lekarza zlecającego badanie