



Laboratorium Oncogene Diagnostics  
ul. Mogilska 86; 31-546 KRAKÓW  
Tel. 12 410 58 73, Fax 12 418 09 50  
badania@oncogene.pl

NR badania .....  
Data i godzina przyjęcia materiału  
.....  
*Wypełnia laboratorium*

**ZLECENIE BADANIA mutacji V600 genu BRAF w czerniaku (ICD-10 C43)**

Nazwisko i Imię pacjenta. ....

PESEL |\_ |\_ |\_ |\_ |\_ |\_ |\_ |\_ |\_ |\_ |\_ data urodzenia ..... kobieta  mężczyzna

lokalizacja nowotworu:  guz pierwotny;  przerzut; stopień zaawansowania \_\_\_\_\_

- bloczek parafinowy      Nr \_\_\_\_\_

---

- preparat HP                      Nr \_\_\_\_\_

---

- preparat cytologiczny      Nr \_\_\_\_\_

---

**! Do zlecenia badania NIEZBĘDNE jest załączenie wyniku badania histopatologicznego !**

Ośrodek zlecający. ....  
.....  
.....  
.....

Tel. kontaktowy do lekarza zlecającego .....

.....  
*data*

.....  
*podpis i pieczętka lekarza zlecającego badanie*

**Materiał do badania można wysłać Kurierem TNT; tel: 801310000 (infolinia TNT)  
Numer klienta : 273199; przy zamówieniu kuriera prosimy podać kod „BRAF”**