

NR Zlecenia .....

Data i godzina przyjęcia materiału

.....  
*Wypełnia laboratorium***ZLECENIE BADANIA MOLEKULARNEGO**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> EGFR - badanie mutacji (C34)                           | <input type="checkbox"/> Kodelecja 1p/19q (FISH) (C71)                                  |
| <input type="checkbox"/> EGFR - badanie mutacji w osoczu (ctDNA) (C34)          | <input type="checkbox"/> IDH1/IDH2 - badanie mutacji (C71)                              |
| <input type="checkbox"/> ALK – badanie rearanżacji (FISH) (C34)                 | <input type="checkbox"/> MGMT - badanie metylacji (C71)                                 |
| <input type="checkbox"/> ROS1 – badanie rearanżacji (FISH) (C34)                | <input type="checkbox"/> KIT - badanie mutacji (GIST C15, C16, C17, C18, C20, C48)      |
| <input type="checkbox"/> PD-L1 – badanie ekspresji (IHC klon 22C3) (C34)        | <input type="checkbox"/> PDGFRA - badanie mutacji (GIST C15, C16, C17, C18, C20, C48)   |
| <input type="checkbox"/> BRAF – badanie mutacji V600 (qPCR) (C43)               | <input type="checkbox"/> KRAS, NRAS, BRAF – badanie mutacji (C18, C19, C20)             |
| <input type="checkbox"/> BRCA1/BRCA2 - badanie NGS (C56, C57, C48)              | <input type="checkbox"/> MSI – badanie niestabilności mikrosatelitarnej (C18, C19, C20) |
| <input type="checkbox"/> BRCA1/BRCA2 - badanie podstawowe 17 mutacji (C50, C56) | <input type="checkbox"/> TP53 – badanie mutacji (C91.1)                                 |
| <input type="checkbox"/> HER2 – badanie amplifikacji (FISH) (C50)               | <input type="checkbox"/> INNE:.....   |
| <input type="checkbox"/> RET – badanie mutacji (C73, C74)                       |   |

Nazwisko i Imię pacjenta .....

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

Adres zamieszkania lub oddział szpitala .....

Rozpoznanie kliniczne / określenie predyspozycji, nosicielstwa: .....

**PROSIMY O ZAŁĄCZENIE NIEZBĘDNEGO ROZPOZNANIA HISTOPATOLOGICZNEGO**

<input type="checkbox"/> bloczek parafinowy; <input type="checkbox"/> cell-block;	numer materiału .....
<input type="checkbox"/> preparat cytologiczny; <input type="checkbox"/> preparat HP;	
<input type="checkbox"/> krew EDTA*	data i godzina pobrania .....
<input type="checkbox"/> płynna biopsja*	podpis osoby pobierającej .....

Ośrodek zlecający ( PŁATNIK ) .....

Telefon kontaktowy do lekarza zlecającego .....

.....  
data.....  
podpis i pieczętka lekarza zlecającego badanie

\*w przypadku zlecenia badania mutacji konstytucyjnej z krwi konieczne jest załączenie świadomej zgody pacjenta