

Jednostka zlecająca	Skierowanie do: Pracownia Diagnostyki Genetycznej i Molekularnej Nowotworów Zakład Patologii i Diagnostyki Laboratoryjnej 02-781 Warszawa - Ursynów, ul. W.K. Roentgena 5 Tel. 22 546 25 91 faks: 22 546 26 52 Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie 02-034 Warszawa ul. Wawelska 15 B
Nazwa/oznaczenie	
NA DIAGNOSTYCZNE BADANIE GENETYCZNE	

DANE ZLECENIA WYPEŁNIA LEKARZ KIERUJĄCY

PRIORYTET:	<input type="checkbox"/> rutynowy	<input type="checkbox"/> CITO	<input type="checkbox"/> DILO
WYBÓR PŁATNIKA I TRYBU ROZLICZANIA			
Materiał pobrany w trakcie tej samej hospitalizacji co zlecenie: <input type="checkbox"/> TAK leczenie szpitalne Nr 129/2016/DSOZ (rozlicza klinika) <input type="checkbox"/> NIE			
NFZ	<input type="checkbox"/> Świadczenie odrębnie kontraktowane SOK ROZLICZA LABORATORIUM	<input type="checkbox"/> Ambulatoryjna opieka specjalistyczna AOS ROZLICZA AMBULATORIUM	
Inny płatnik	<input type="checkbox"/> usługa komercyjna	<input type="checkbox"/> badanie kliniczne	<input type="checkbox"/> inne Wpisać jakie.....

DANE PACJENTA WYPEŁNIA LEKARZ KIERUJĄCY

imię i nazwisko pacjenta		Płeć	ID Oddz. Woj. NFZ																				
		<input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> M																					
PESEL:		PID:																					
<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>												<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>											

ROZPOZNANIE

ROZPOZNANIE			ICD 10 (pięć znaków)					
<input type="checkbox"/> Guz pierwotny <input type="checkbox"/> przerzut/wznowa <input type="checkbox"/> przed leczeniem <input type="checkbox"/> w trakcie leczenia			<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>					

Wskazanie do badania (wpisać)

ZLECONE BADANIE WYPEŁNIA LEKARZ KIERUJĄCY

<input type="checkbox"/> Molekularne (mutacje somatyczne) →	wpisać nazwę badanego genu - opcjonalnie wpisać nazwę mutacji
<input type="checkbox"/> FISH guzy lite →	wpisać nazwę sondy DNA (gen badany)

MATERIAŁ BADANY WYPEŁNIA LEKARZ KIERUJĄCY

Rodzaj materiału:	<input type="checkbox"/> Błoczek parafinowy	NUMER BLOCZKA/PREPARAT wpisać numer boczka parafinowego
	<input type="checkbox"/> Krew obwodowa (ctDNA)	
	<input type="checkbox"/> inny materiał	wpisać jaki

Uwagi:

Czy uzyskano zgodę pacjenta na:		Data	
wykonanie diagnostycznego badania genetycznego i przetwarzanie danych osobowych?	transmisję wyników badań drogą elektroniczną?	wpisać	oznaczenie i podpis lekarza *
<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE		

KWALIFIKACJA MATERIAŁU DO BADANIA WYPEŁNIA LEKARZ PATOLOG

<input type="checkbox"/> BLOCZEK PARAFINOWY <input type="checkbox"/> INNY MATERIAŁ (wpisać jaki)	<input type="checkbox"/> NUMER BLOCZKA wpisać numer boczka	<input type="checkbox"/> NUMER BADANIA wpisać numer badania ZPH/ZPK
UTKANIE NOWOTWOROWE	UWAGI:	Data
%		wpisać
wpisać odsetek komórek nowotworowych		oznaczenie lekarza patologa*