Jednostka zlecająca *(wynik zostanie przesłany na adres jednostki zlecającej lub osobie wyznaczonej do odbioru wyniku)* *Nazwa/oznaczenie/adres/kontakt/tel.*	**Pracownia Wdrażania i Walidacji Molekularnych Technik Diagnostycznych** **Zakład Onkologii Molekularnej i Translacyjnej** **02-781 Warszawa - Ursynów, ul. W. K. Roentgena 5** **Tel. 22 546 20 65 Faks: 22 546 26 52** **Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie** **02-034 Warszawa ul. Wawelska 15 B**

SKIEROWANIE NA DIAGNOSTYCZNE BADANIE GENETYCZNE

DANE ZLECENIA WYPEŁNIA LEKARZ KIERUJĄCY

PRIORYTET: ☐ **Rutynowy** ☐ **CITO** ☐ **DILO**

WYBÓR PŁATNIKA I TRYBU ROZLICZANIA

Materiał pobrany w trakcie tej samej hospitalizacji co zlecenie: ☐ **TAK leczenie szpitalne** Nr 129/2016/DSOZ (rozlicza klinika) ☐ **NIE**

NFZ ☐ **Świadczenie odrębnie kontraktowane** ☐ **Ambulatoryjna opieka specjalistyczna**
SOK ROZLICZA LABORATORIUM **AOS** ROZLICZA AMBULATORIUM

Inny płatnik ☐ **Usługa odpłatna**	☐ **Badanie kliniczne**	☐ **Inne** Wpisać jakie

DANE PACJENTA WYPEŁNIA LEKARZ KIERUJĄCY

imię i nazwisko pacjenta (telefon, faks, e-mail, miejsce zamieszkania albo oddział szpitalny: dotyczy zleceń zewnętrznych)	*Data urodzenia*	Płeć ☐ **K** ☐ **M**

PESEL: | | | | | | | | | | | |

PID: | | | | | | | |

ROZPOZNANIE **ICD 10** (pięć znaków) | | | | | |

☐ Guz pierwotny ☐ przerzut/wznowa ☐ przed leczeniem ☐ w trakcie leczenia

Wskazanie do badania oraz istotne dane kliniczne pacjenta – informacje o stosowanym leczeniu:

ZLECONE BADANIE WYPEŁNIA LEKARZ KIERUJĄCY

☐ **Molekularne**	wpisać nazwę badanego genu:

MATERIAŁ BADANY WYPEŁNIA LEKARZ KIERUJĄCY

Rodzaj materiału:			
	☐ **Bloczek parafinowy**	**NUMER BLOCZKA/PREPARAT**	
	☐ **Krew obwodowa (ctDNA)** ☐ **Krew obwodowa pobrana EDTA**	**Osoba pobierająca***	**Data i godzina**
	☐ **Inny materiał** (wpisać jaki)	**Uwagi** *(W przypadku krwi pobranej na EDTA wpisać informacje o transfuzji czy przeszczepie szpiku jeżeli dotyczy)*	

Czy uzyskano zgodę pacjenta na:				
wykonanie diagnostycznego badania genetycznego i przetwarzanie danych osobowych?		transmisję wyników badań drogą elektroniczną?		
☐ **TAK**	☐ **NIE**	☐ **TAK**	☐ **NIE**	*oznaczenie i podpis lekarza* ***oraz dane kontaktowe: tel., e-mail – dotyczy zleceń zewnętrznych, DATA***

KWALIFIKACJA MATERIAŁU DO BADANIA WYPEŁNIA LEKARZ PATOLOG

☐ **BLOCZEK PARAFINOWY** ☐ **INNY MATERIAŁ** *(wpisać jaki)*	**NUMER BLOCZKA / PREPARATU** *wpisać numer bloczka*	**NUMER BADANIA** *wpisać numer badania ZPH/ZPK*

UTKANIE NOWOTWOROWE	*Wpisać % odsetek komórek nowotworowych*	**UWAGI:**	*oznaczenie lekarza patologa* oraz dane kontaktowe: tel., e-mail – dotyczy zleceń zewnętrznych, DATA.

PRZYJĘCIE MATERIAŁU DO PRACOWNI

Osoba przyjmująca materiał	*Numer badania:*	*Data i godzina:*	*Uwagi:*

☒ zaznacz właściwe * oznaczenie – nazwisko i imię, tytuł zawodowy, specjalizacje, numer prawa wykonywania zawodu, podpis