

Jednostka zalecająca/ miejsce przesłania wyniku*	<b>Do:</b> <b>Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie</b> – Państwowy Instytut Badawczy <b>Samodzielna Pracownia Cytogenetyki</b> 02-781 Warszawa, ul. W.K. Roentgena 5 tel: (22) 546 29 61, (22) 546 26 06, fax (22) 546 26 05
	<b>SKIEROWANIE NA BADANIE CYTOGENETYCZNE płatne</b>

WYPEŁNIA PŁATNIK:  
 Umowa nr .....  
 Zgoda płatnika zewnętrznego

Pieczęć jednostki zlecającej z kodem resortowym

Pieczęć i podpis dyrekcji jednostki zlecającej

**DANE ZLECENIA** WYPEŁNIA LEKARZ KIERUJĄCY

<b>PRIORYTET:</b> <input type="checkbox"/> rutynowy <input type="checkbox"/> CITO <input type="checkbox"/> DILO	ID Oddz. Woj. NFZ:			
---	--------------------	--	--	--

**DANE PACJENTA** WYPEŁNIA LEKARZ KIERUJĄCY

ID:.....										<b>Czy uzyskano świadomą zgodę pacjenta na:</b> na wykonanie badania genetycznego <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE Przechowywanie materiału <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE Użycie go do badań naukowych <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
Wpisać: imię i nazwisko pacjenta										ID pacjenta w jednostce kierującej	
PESEL:										Płeć: <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> M	
ROZPOZNANIE:										ICD 10	
<input type="checkbox"/> nie leczony onkologicznie										<input type="checkbox"/> po leczeniu onkologicznym ..... wpisać rodzaj leczenia	
<input type="checkbox"/> po przeszczepie komórek krwiotwórczych										<input type="checkbox"/> po transfuzji w ostatnich 2 miesiącach	

**ZLECONE BADANIE** WYPEŁNIA LEKARZ KIERUJĄCY

<input type="checkbox"/> <b>Kariotyp</b>	<input type="checkbox"/> <b>FISH</b> wpisać rodzaj sondy/sond DNA (gen/geny badane).....
<input type="checkbox"/> Badanie pierwsze <input type="checkbox"/> Badanie kolejne	Uwagi:

**MATERIAŁ BADANY** WYPEŁNIA LEKARZ KIERUJĄCY *zaznaczyć*

<input type="checkbox"/> biopsja węzła (PCI)	<input type="checkbox"/> krew	<input type="checkbox"/> szpik	<input type="checkbox"/> inny wpisać jaki.....	<input type="checkbox"/> bloczek parafinowy wpisać nr:.....
Miejsce (adres) przesłania wyniku badania *			Data	
			Tel. kontaktowy	
*Wpisać jeśli jest różny od adresu jednostki zlecającej			wpisać	oznaczenie * i podpis lekarza

<b>WYPEŁNIA OSOBA POBIERAJĄCA</b>	<b>W przypadku bloczka parafinowego wypełnia LEKARZ PATOLOG</b> potwierdzenie utkania nowotworowego (wpisać odsetek komórek nowotworowych)	<b>WYPEŁNIA LABORATORIUM</b>			
		<b>PRZYJĘCIE MATERIAŁU DO BADANIA</b>			
		Osoba przyjmująca		ID SPC:	
				PID NIO-PIB:	
imię, nazwisko i podpis osoby pobierającej lub oznaczenie i podpis lekarza patologa*		wpisać imię i nazwisko		Wpisać numer	
data	godzina	data	godzina	UWAGI	
wpisać	wpisać	wpisać	wpisać		

☑ zaznacz właściwie

\* oznaczenie – nazwisko i imię, tytuł zawodowy, numer prawa wykonywania zawodu, podpis