


Jednostka zlecająca	 <b>Narodowy Instytut Onkologii</b> im. Marii Skłodowskiej-Curie Państwowy Instytut Badawczy	<b>Samodzielna Pracownia Diagnostyki Genetycznej i Molekularnej Nowotworów</b> 02-781 Warszawa, ul. W. K. Roentgena 5 tel. 22 546 28 77 Faks 22 546 26 01
		<b>SKIEROWANIE NA DIAGNOSTYCZNE BADANIE GENETYCZNE</b>

wynik zostanie przesłany na adres jednostki zlecającej lub osobie wyznaczonej do odbioru wyniku

**DANE ZLECENIA WYPEŁNIA LEKARZ KIERUJĄCY**

<b>PRIORYTET:</b>	<input type="checkbox"/> Rutynowy	<input type="checkbox"/> CITO	<input type="checkbox"/> DILO
<b>WYBÓR PŁATNIKA I TRYBU ROZLICZANIA</b>			
Materiał pobrany w trakcie tej samej hospitalizacji co zlecenie: <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE			
<b>NFZ</b>	<input type="checkbox"/> Leczenie szpitalne ROZLICZA KLINIKA	<input type="checkbox"/> Świadczenie odrębnie kontraktowane SOK ROZLICZA LABORATORIUM	<input type="checkbox"/> Ambulatoryjna opieka specjalistyczna AOS ROZLICZA AMBULATORIUM
<b>Inny płatnik</b>	<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 oraz dane kontaktowe (tel., e-mail: dotyczy zleceń zewnętrznych)		Data urodzenia:	Płeć <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> M
PESEL/ nazwa, nr dokumentu potwierdzającego tożsamość		PID:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**ROZPOZNANIE**

<input type="checkbox"/> Guz pierwotny	<input type="checkbox"/> przerzut/wznowa	<input type="checkbox"/> przed leczeniem	<input type="checkbox"/> w trakcie leczenia	<b>ICD 10 (pięć znaków)</b> <input type="text"/>
Wskazanie do badania oraz istotne dane kliniczne pacjenta – informacje o stosowanym leczeniu:				

**ZLECONE BADANIE WYPEŁNIA LEKARZ KIERUJĄCY**

<input type="checkbox"/> <b>Molekularne</b> (mutacje somatyczne)	Geny:
<input type="checkbox"/> <b>FISH guzy łite</b>	Nazwa sondy DNA (gen badany):

**MATERIAŁ BADANY WYPEŁNIA LEKARZ KIERUJĄCY**

Rodzaj materiału:	<input type="checkbox"/> Błoczek parafinowy	NUMER BLOCZKA/PREPARAT	
	<input type="checkbox"/> Krew obwodowa (ctDNA)	Osoba pobierająca*	Data i godzina
	<input type="checkbox"/> Inny materiał (wpisać jaki)	Uwagi (W przypadku krwi pobranej na EDTA wpisać informacje o transfuzji czy przeszczepie szpiku jeżeli dotyczy)	

**Uwagi:**

<b>Czy uzyskano zgodę pacjenta na:</b>		Data zlecenia:
wykonanie diagnostycznego badania genetycznego i przetwarzanie danych osobowych? <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	transmisję wyników badań drogą elektroniczną? <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
oznaczenie lekarza* oraz dane kontaktowe: tel., e-mail – dotyczy zleceń zewnętrznych,		

**KWALIFIKACJA MATERIAŁU DO BADANIA WYPEŁNIA LEKARZ PATOLOG**

<input type="checkbox"/> <b>BLOCZEK PARAFINOWY</b>	NUMER BLOCZKA wpisać numer boczka	UTKANIE NOWOTWOROWE Wpisać % odsetek komórek nowotworowych
<input type="checkbox"/> <b>INNY MATERIAŁ</b> (wpisać jaki).....		
<b>UWAGI:</b>	Data kwalifikacji:	oznaczenie lekarza patologa* oraz dane kontaktowe: tel., e-mail – dotyczy zleceń zewnętrznych, DATA.

**PRZYJĘCIE MATERIAŁU DO PRACOWNI WYPEŁNIA PRACOWNIK SPDGIMN**

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

 zaznaczyć właściwie

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