


| | | |
|---|---|---|
| Jednostka zlecająca (wynik zostanie przesłany na adres jednostki zlecającej lub osobie wyznaczonej do odbioru wyniku) |  | Pracownia Wdrażania i Walidacji Molekularnych Techniki Diagnostycznych Zakład Onkologii Molekularnej i Translacyjnej 02-781 Warszawa, ul. W. K. Roentgena 5 tel. 22 546 20 65; 22 546 22 43 Faks 22 546 26 52 |
| SKIEROWANIE NA DIAGNOSTYCZNE BADANIE GENETYCZNE | | |

Nazwa/oznaczenie/adres/kontakt/tel.

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 <input type="checkbox"/> Ambulatoryjna opieka specjalistyczna SOK ROZLICZA LABORATORIUM AOS ROZLICZA AMBULATORIUM | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Inny płatnik <input type="checkbox"/> Usługa odpłatna | <input type="checkbox"/> Badanie kliniczne | <input type="checkbox"/> 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 <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><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><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Wskazanie do badania oraz istotne dane kliniczne pacjenta – informacje o stosowanym leczeniu: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

ZLECONE BADANIE WYPEŁNIA LEKARZ KIERUJĄCY

| | |
|---|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Molekularne (mutacje somatyczne) | wpisać nazwę badanego genu: |
|---|-----------------------------|

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"/> Krew obwodowa pobrana EDTA | | |
| | <input type="checkbox"/> 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? | |
| <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE | | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE | |
| oznaczenie i podpis lekarza* oraz dane kontaktowe: tel., e-mail – dotyczy zleceń zewnętrznych, DATA | | | |

KWALIFIKACJA MATERIAŁU DO BADANIA WYPEŁNIA LEKARZ PATOLOG

| | | | |
|--|--|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> BLOCZEK PARAFINOWY | | NUMER BLOCZKA wpisać numer boczka | NUMER BADANIA wpisać numer badania ZPH/ZPK |
| <input type="checkbox"/> INNY MATERIAŁ (wpisać jaki) | | | |
| 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: | | | |

☒ zaznaczyć właściwie

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