

|   |   |  |
|---|---|--|
| Jednostka zlecająca   |  <b>Narodowy Instytut Onkologii</b><br>im. Marii Skłodowskiej-Curie<br>Państwowy Instytut Badawczy | <b>Samodzielna Pracownia Diagnostyki Genetycznej i Molekularnej Nowotworów</b><br>02-781 Warszawa - Ursynów, ul. W.K. Roentgena 5<br>Tel. 22 546 26 64 Faks 22 546 26 01 |
|   |   | <b>SKIEROWANIE NA BADANIE PREDYSPOZYCJI GENETYCZNYCH</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            |
| <b>WYBÓR PŁATNIKA I TRYBU ROZLICZANIA</b>       |  |  |
| <input type="checkbox"/> NFZ                    | <input type="checkbox"/> Ministerstwo Zdrowia (MZ) | <input type="checkbox"/> Usługa odpłatna |
| <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<br><input type="checkbox"/> K<br><input type="checkbox"/> M |
|   | PESEL/nazwa, nr dokumentu potwierdzającego tożsamość | PID:   |
| <input type="text"/>  | <input type="text"/>                                 | <input type="text"/>   |

**ROZPOZNAНИЕ**

ICD 10 (pięć znaków)

|                               |                      |
|-------------------------------|----------------------|
| <input type="text"/>          | <input type="text"/> |
| Wskazanie do badania (wpisać) |                      |

**ZLECONE BADANIE WYPEŁNIA LEKARZ GENETYK KLINICZNY**

|  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> <b>Molekularne</b> (predyspozycje genetyczne) →         | Wpisać nazwę oznaczanego genu, podać zakres analizy, opcjonalnie wpisać nazwę wariantu genetycznego |   |
| Obciążony wywiad rodzinny?   | <input type="checkbox"/> TAK →<br><input type="checkbox"/> NIE                                      | Jeśli tak, podać rodzaj nowotworu i stopień pokrewieństwa:<br>I.....<br>II.....<br>III.....                         |
| Czy u krewnych wykonano badanie genetyczne?                                      | <input type="checkbox"/> TAK →<br><input type="checkbox"/> NIE                                      | Jeśli tak, podać czy znana jest mutacja występująca w danej rodzinie:<br>Podać zakres analizy wykonanej u krewnych: |
| Czy u Pacjenta występuje lub wystąpił w przeszłości nowotwór?                    | <input type="checkbox"/> TAK →<br><input type="checkbox"/> NIE                                      | Jeśli tak, podać typ nowotworu  |
| Czy u pacjenta wykonano przeszczep szpiku ?                                      | <input type="checkbox"/> TAK<br><input type="checkbox"/> NIE  | Informacja o stosowanym leczeniu:   |
| Czy u pacjenta w ciągu ostatnich trzech miesięcy przeprowadzono transfuzję krwi? | <input type="checkbox"/> TAK<br><input type="checkbox"/> NIE  |   |

**MATERIAŁ BADANY WYPEŁNIA LEKARZ KIERUJĄCY**

|  |  |  |
|--|--|--|
| Rodzaj materiału:  | <input type="checkbox"/> Krew obwodowa | NUMER PRÓBK  |
|  | <input type="checkbox"/> Inny materiał | wpisać jaki:   |
| <b>Czy uzyskano zgodę pacjenta na:</b><br>wykonanie badania genetycznego i przetwarzanie danych osobowych? |  | Data zlecenia:   |
| <input type="checkbox"/> TAK   | <input type="checkbox"/> NIE           | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE<br>przesłanie wyników badań drogą elektroniczną? |
| oznaczenie lekarza * oraz dane kontaktowe: tel., e-mail – dotyczy zleceń zewnętrznych                      |  |  |

**POBIERANIE MATERIAŁU DO BADANIA WYPEŁNIA OSOBA POBIERAJĄCA**

|                          |                             |   |
|--------------------------|-----------------------------|---|
| Data pobrania materiału: | Godzina pobrania materiału: | Oznaczenie osoby pobierającej materiał: |
| <input type="text"/>     | <input type="text"/>        | <input type="text"/>                    |
| <b>UWAGI:</b>            |                             |   |
| <input type="text"/>     |                             |   |

**PRZYJĘCIE MATERIAŁU DO PRACOWNI WYPEŁNIA PRACOWNIK SPDGIN**

|                             |                      |                      |                      |
|-----------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Osoba przyjmująca materiał: | Data i godzina:      | Numer badania:       | Uwagi:               |
| <input type="text"/>        | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |