

	Państwowy Instytut Medyczny MSWiA	
	CENTRUM GENETYKI I GENOMIKI LABORATORIUM GENETYCZNE 02-507 Warszawa, ul. Wołoska 137 tel.47 722 21 31 Kod resortowy: VII-552, VIII-7102	
Oznaczenie (nazwa, adres, kody resortowe, kontakt) zlecającej zewnątrznej jednostki		Data wystawienia
SKIEROWANIE NA BADANIE GENETYCZNE (zmiany somatyczne) hematologia		

DANE PACJENTA	Nazwisko i imię pacjenta		
	PESEL*:	nazwa i nr dokumentu tożsamości	Data urodzenia:
			Płeć:
			<input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> M
	Adres pacjenta:		Kontakt z pacjentem (telefon, e-mail)
Rozpoznanie:		ICD10 (pięć znaków)	
<input type="checkbox"/> nie leczony onkologicznie <input type="checkbox"/> w trakcie leczenia (monitorowanie) <input type="checkbox"/> po leczeniu chth/rth <input type="checkbox"/> po przeszczepie komórek krwiotwórczych <input type="checkbox"/> po transfuzjach w ostatnich 2 miesiącach			

ZLECONE BADANIE (wypełnia lekarz kierujący)	
Rodzaj badań markerów genetycznych:	<input type="checkbox"/> badanie pierwsze <input type="checkbox"/> badanie kolejne
Finansowanie:	
<input type="checkbox"/> NFZ <input type="checkbox"/> komercyjne <input type="checkbox"/> badanie kliniczne <input type="checkbox"/> inne (jaki?).....	
Adres miejsca przesłania sprawozdania z badania genetycznego:	
Nazwisko i imię osoby upoważnionej do odbioru materiału biologicznego do badania genetycznego:	

MATERIAŁ BADANY (wypełnia lekarz kierujący)	
Materiał pobrany w trakcie hospitalizacji: <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
Rodzaj materiału:	nr bloczka/preparatu:
<input type="checkbox"/> biopsja węzła PCI guza <input type="checkbox"/> krew obwodowa <input type="checkbox"/> szpik <input type="checkbox"/> inny materiał (jaki?).....	data pobrania i godzina::
Nazwisko i imię osoby pobierającej materiał biologiczny:	

Czy uzyskano zgodę pacjenta na:		data:	Oznaczenie** i podpis lekarza kierującego (oraz dane kontaktowe: tel., e-mail)
wykonanie badania genetycznego i przetwarzania danych osobowych? <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	transmisję wyników badań drogą elektroniczną? <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie		

KWALIFIKACJA MATERIAŁU DO BADANIA (wypełnia lekarz patolog)			
Oznaczenie*** JDP, gdzie postawiono rozpoznanie		Data i godzina dostarczenia materiału biologicznego do JDP	
<input type="checkbox"/> bloczek parafinowy <input type="checkbox"/> inny materiał (jaki?).....	nr bloczka	nr badania	
Rozpoznanie patomorfologiczne z oceną odsetka komórek nowotworowych w przypadku bloczka parafinowego	%	uwagi	data
wpisać odsetek komórek nowotworowych		Oznaczenie** i podpis lekarza patologa	

PRZYJĘCIE MATERIAŁU DO LABORATORIUM			
Osoba przyjmująca materiał	Numer badania	data i godzina przyjęcia	uwagi

- zaznacz właściwie * w przypadku osoby nieposiadającej numeru PESEL - podać datę urodzenia oraz płeć
 ** oznaczenie – nazwisko i imię, tytuł zawodowy, specjalizacje, numer prawa wykonywania zawodu, podpis
 *** oznaczenie Jednostki Diagnostyki Patomorfologicznej, nazwa, adres, kontakt