

	Państwowy Instytut Medyczny MSWiA	
	CESTRUM 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 jednostki organizacyjnej PIM MSWiA		Data wystawienia
SKIEROWANIE NA BADANIE GENETYCZNE (zmiany somatyczne)		

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"/> guz pierwotny <input type="checkbox"/> przerzut/wznowa <input type="checkbox"/> przed leczeniem <input type="checkbox"/> w trakcie leczenia (monitorowanie)			
Wskazania do badania:			

ZLECONE BADANIE (wypełnia lekarz kierujący)	
Rodzaj badania:	Finansowanie: <input type="checkbox"/> NFZ <input type="checkbox"/> komercyjne <input type="checkbox"/> badanie kliniczne <input type="checkbox"/> inne (jakie?).....
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:	<input type="checkbox"/> bloczek parafinowy
	<input type="checkbox"/> krew obwodowa
	<input type="checkbox"/> inny materiał (jaki?).....
nr bloczka/preparatu:	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	nr bloczka	nr badania	
<input type="checkbox"/> inny materiał (jaki?)			
Rozpoznanie patomorfologiczne z oceną odsetka komórek nowotworowych	%	uwagi	data
	<small>wpisać odsetek komórek nowotworowych</small>		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