

	Państwowy Instytut Medyczny MSWiA	
	CEMTRUM 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	SKIEROWANIE NA BADANIE GENETYCZNE (zmiany germinalne)	Data wystawienia

DANE PACJENTA	Nazwisko i imię pacjenta		
	PESEL*:	<i>nazwa i nr dokumentu tożsamości</i>	Data urodzenia:
	Adres pacjenta:		Płeć: <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> M
	Kontakt z pacjentem (telefon, e-mail)		Rozpoznanie:
		ICD10 (pięć znaków)	

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 (jaki?).....	
Wskazanie do badania:		
Obciążony wywiad rodzinny?	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	Jeśli tak, podać rodzaj nowotworu i stopień pokrewieństwa: a..... b.....
Czy u Pacjenta występuje lub wystąpił w przeszłości nowotwór ?	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	Jeśli tak, podać typ nowotworu:
Czy u pacjenta wykonano przeszczep szpiku ?	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	Informacja o stosowanym leczeniu:
Czy u pacjenta w ciągu ostatnich trzech miesięcy przeprowadzono transfuzję krwi ?	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	

MATERIAŁ BADANY (wypełnia lekarz kierujący)	
Rodzaj materiału:	nr próbki:
<input type="checkbox"/> krew obwodowa	
<input type="checkbox"/> inny materiał (jaki?).....	

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		

POBRANIE MATERIAŁU DO BADANIA	
<i>wypełnia osoba pobierająca</i>	
osoba pobierająca	<i>oznaczenie** osoby pobierającej</i>
data	godzina

PRZYJĘCIE MATERIAŁU DO BADANIA		
<i>wypełnia osoba przyjmująca materiał</i>		
osoba przyjmująca	<i>wpisać imię i nazwisko</i>	
data	godzina	nr badania

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

