FORMULARZ ZLECENIA BADANIA GENETYCZNEGO

SZPITAL UNIWERSYTECKI W KRAKOWIE

Jednostka zlecająca: Nazwa: Adres:	**Skierowanie do:** **Zakład Patomorfologii NSSU** **30-688 Kraków, ul. Jakubowskiego 2**

DANE PACJENTA – (wypełnia lekarz zlecający)

Priorytet: ☐ rutynowy ☐ CITO ☐ DILO

Materiał pobierany w trakcie tej samej hospitalizacji co zlecenie: ☐ TAK ☐ NIE

Wybór płatnika i trybu rozliczania:

NFZ ☐ leczenie szpitalne Nr 129/2019/DSOZ (rozlicza klinika) ☐ świadczenie odrębnie kontraktowane (SOK rozlicza laboratorium) ☐ ambulatoryjna opieka specjalistyczna (AOS rozlicza ambulatorium)

Inny ☐ usługa komercyjna ☐ badanie kliniczne ☐ inne

DANE PACJENTA – (wypełnia lekarz kierujący)

Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL*	Płeć ☐ K ☐ M	ID Oddz. Woj. NFZ
Rozpoznanie		ICD 10 (pięć znaków)

☐ Guz pierwotny ☐ przerzut/wznowa ☐ przed leczeniem ☐ w trakcie leczenia

Wskazanie do badania:

ZLECONE BADANIA – (wypełnia lekarz kierujący)

☐ ocena amplifikacji genu *HER2* metodą FISH ☐ ocena statusu genów *RREB1/MYB/CCP6/CCND1* metodą FISH

☐ ocena rearanżacji genu *ALK* metodą FISH ☐ badanie mutacji genu *EGFR*

☐ badanie mutacji genów *KRAS/NRAS* ☐ badanie mutacji genów *KRAS/NRAS/BRAF/PIK3CA/AKT1*

MATERIAŁ BADANY – (wypełnia lekarz kierujący)

Rodzaj materiału: ☐ Bloczek parafinowy numer bloczka/preparat:

☐ inny materiał

Czy uzyskano zgodę pacjenta na:
wykonanie badania genetycznego i przetwarzanie danych osobowych? ☐ TAK ☐ NIE

transmisję wyników badań drogą elektroniczną? ☐ TAK ☐ NIE

Oznaczenie i podpis lekarza	Data	Godzina

KWALIFIKACJA MATERIAŁU DO BADANIA – (wypełnia lekarz patolog)

☐ bloczek parafinowy numer bloczka:

☐ inny materiał numer badania:

Utkanie nowotworowe: …… % uwagi:

Oznaczenie i podpis lekarza patologa*	Data	Godzina

PRZYJĘCIE MATERIAŁU DO ZAKŁADU PATOMORFOLOGII

Osoba przyjmująca materiał:

Data	Godzina	Nr badania

Uwagi:

* w przypadku osoby nie posiadającej numeru PESEL należy podać datę urodzenia, nazwę i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość pacjenta /przedstawiciela ustawowego