

.....  
Data.....

Pieczęć jednostki zlecającej badanie

**SKIEROWANIE NA BADANIE OCENY IMMUNOHISTOCHEMICZNEJ (IHC)  
BIOMARKERÓW RAKA PŁUCA**

Do Zakładu Patomorfologii Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc  
ul. Płocka 26, 01-138 Warszawa  
telefon: sekretariat zakładu (22) 43 12 257, fax (22) 43 12 427  
e-mail: *patomorfologia@igichp.edu.pl*

Nazwisko i imię pacjenta ..... płeć\*  K  M  
adres zamieszkania Pacjenta/ oddział szpitalny .....

Numer PESEL ..... Data urodzenia (jeśli brak numeru PESEL).....

Rozpoznanie kliniczne (inne istotne informacje kliniczne, przebyte choroby onkologiczne, nr statystyczny wg ICD10):  
.....  
.....

Stopień zaawansowania klinicznego.....

Rodzaj pobranego materiału (z którego miejsca pobrano materiał): .....

Czy była wykonywana ocena mutacji w genie EGFR  TAK  NIE  
jeśli tak, czy wynik był  dodatni  negatywny

Czy była wykonywana ocena rearanżacji w genie ALK  TAK  NIE  
jeśli tak, czy wynik był  dodatni  negatywny

**UWAGA!** DO OZNACZEŃ NALEŻY PRZYSŁAĆ **BLOCZEK PARAFINOWY (LUB CYTOBLOCZEK) Z ODPOWIADAJĄCYM MU PREPARATEM HISTOLOGICZNYM BARWIONYM HE, A TAKŻE KSEROKOPIE ORYGINALNEGO ROZPOZNANIA PATOMORFOLOGICZNEGO Z NUMEREM BADANIA.** NIEWYKORZYSTANE PREPARATY I BLOCZKI BĘDĄ ODEŚLANE WRAZ Z WYNIKIEM I POWINNY BYĆ ZWRÓCONE DO MACIERZYSTEGO ZAKŁADU PATOMORFOLOGII.

Nadesłany materiał do oceny IHC:  bloczek parafinowy  
 rozmaz cytologiczny  
 cytobloczek

ZLECANE BADANIA\*: ocena ekspresji białek

PD-L1 <input type="checkbox"/>	Tryb wykonania badania: <input type="checkbox"/> bardzo pilny <input type="checkbox"/> pilny <input type="checkbox"/> normalny
--------------------------------	---

ALK <input type="checkbox"/>	Tryb wykonania badania: <input type="checkbox"/> bardzo pilny <input type="checkbox"/> pilny <input type="checkbox"/> normalny
------------------------------	---

\* zaznaczyć odpowiednie

Czy uzyskano zgodę Pacjenta na: przesłanie wyników badań drogą elektroniczną  Tak  Nie

Adres do przesłania wyniku badania (o ile jest inny niż adres jednostki zlecającej badanie):  
.....  
.....

Data, podpis i pieczęć lekarza  
zlecającego badanie:  
.....

Dane kontaktowe osoby zlecającej badanie:

Telefon: .....  
e-mail: .....