

Data: - - 20 r.

Pieczeńć jednostki zlecającej badanie

SKIEROWANIE NA BADANIE: DIAGNOSTYKA MOLEKULARNA RAKA PŁUCA
do Zakładu Genetyki i Immunologii Klinicznej Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc,
01-138 WARSZAWA, ul. Płocka 26
tel. (22) 43-12-256; -158/ fax. (22) 43-12-358
e-mail: immuno@igichp.edu.pl

Podstawą do wykonania badania jest kompletne i czytelnie wypełnione skierowanie

Nazwisko i imiona Pacjenta

Adres zamieszkania Pacjenta/
oddział szpitalny

Data urodzenia: ____ - ____ - ____

PESEL

płeć*

 K M**Rozpoznanie kliniczne oraz inne istotne dane kliniczne*:**

Rodzaj pobranego materiału (miejsce pobrania):

Rozpoznanie patomorfologiczne Rak gruczołowy płuca NOS Inne: _____Stopień zaawansowania: IIIB niezakwalifikowany do radioterapii IV Wznowa po leczeniu operacyjnym i/lub radioterapiiCzy jest planowana terapia inhibitorem kinazy tyrozynowej? Nie Tak Jeśli tak, w której linii leczenia? I IIInformacje o dotychczas stosowanym leczeniu nieleczone po I linii chemioterapii po I linii TKI Inne: _____

Inne istotne informacje kliniczne: _____

KONIECZNE JEST ZAŁĄCZENIE KSEROKOPII WYNIKU BADANIA PATOMORFOLOGICZNEGO ZAWIERAJĄCEGO ROZPOZNIANIE

Zlecane badania*		Material*
1	<input type="checkbox"/> Mutacje w eksonach 18-21 genu <i>EGFR</i>	<input type="checkbox"/> Bloczek parafinowy <input type="checkbox"/> Rozmaz <input type="checkbox"/> Krew EDTA Nr bloczka parafinowego/ rozmazu: _____
2	<input type="checkbox"/> Rearanżacja genu <i>ALK</i>	<input type="checkbox"/> Bloczek parafinowy nr: _____
3	<input type="checkbox"/> Rearanżacja genu <i>ROS1</i>	
Odsetek komórek nowotworowych w stosunku do innych komórek jądrazastych w materiale: _____ %		

* zaznaczyć odpowiednie

Czy uzyskano zgodę Pacjenta na:Wykonanie badania Tak NieTransmisję wyników badań drogą elektroniczną Tak Nie

Miejsce przesłania wyniku badań (jeżeli miejsce przesłania wyniku jest inne niż adres jednostki kierującej) **lub dane osoby upoważnionej do odbioru wyniku badań** : imię i nazwisko oraz rodzaj i nr dokumentu tożsamości – umożliwia odbiór wyniku przez osoby inne niż kierujący lekarz :

Dane kontaktowe lekarza zlecającego badanie:

Tel: _____

Fax : _____

E-mail: _____

Pieczeńćka i podpis lekarza zlecającego badanie

Pieczeńć i podpis osoby reprezentującej Udzielającego zamówienia

Material należy dostarczać od poniedziałku do piątku w godz. 8:00 – 15:00, do Zakładu Genetyki i Immunologii Klinicznej IGiChP, mieszczącego się na IV piętrze, skrzydło E (nad Przychodnią Przyklinikną)

Kontakt: (22) 43-12-256; (22) 43-12-158; mgr inż. P. Skrońska, mgr A. Zdrał, dr n.med. A. Roży