…… Data: ..... - ..... - 20 ..... r.

Pieczęć 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) 43-12-105; -158/ fax. (22) 43-12-358
e-mail: immuno@igichp.edu.pl

Podstawą do wykonania badania jest kompletne i <u>czytelnie</u> 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: ☐ IB/IIIA ☐ IIIB niezakwalifikowany do radioterapii ☐ IV ☐ Wznowa po leczeniu operacyjnym i/lub radioterapii

Czy jest planowana terapia inhibitorem kinazy tyrozynowej? ☐ Nie ☐ Tak Jeśli tak, w której linii leczenia? ☐ I ☐ II

Informacje o dotychczas stosowanym leczeniu ☐ nieleczony ☐ po I linii chemioterapii ☐ po I linii TKI ☐ Inne: _____

Inne istotne informacje kliniczne: ----------

<u>KONIECZNE JEST ZAŁĄCZENIE KSEROKOPII WYNIKU BADANIA PATOMORFOLOGICZNEGO ZAWIERAJĄCEGO ROZPOZNANIE</u>

Zlecane badania*			Materiał*
1	☐	**Mutacje w eksonach 18-21 genu *EGFR***	☐ Bloczek parafinowy ☐ Rozmaz ☐ Krew EDTA Nr bloczka parafinowego/ rozmazu: _____
2	☐	**Rearanżacja genu *ALK***	☐ Bloczek parafinowy nr: _____
3	☐	**Rearanżacja genu *ROS1***	
4	☐	**Panel wielogenowy NGS – identyfikacja wariantów istotnych klinicznie**	

Odsetek komórek nowotworowych w stosunku do innych komórek jądrzastych w materiale: _____**%**

***** zaznaczyć odpowiednie

<u>Czy uzyskano zgodę Pacjenta na:</u> Wykonanie badania ☐ Tak ☐ Nie Transmisję 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: _____

_____
Pieczątka i podpis lekarza zlecającego badanie

_____
Pieczęć i podpis osoby reprezentującej Udzielającego zamówienia

Materiał 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 Przykliniczną)

Na podstawie: Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 19 sierpnia 2015 r. (poz. 1372) zmieniającego rozporządzenie w sprawie standardów jakości dla medycznych laboratoriów diagnostycznych i mikrobiologicznych (Dz.U. 2015 poz. 1372) - Standardy jakości dla laboratorium w zakresie czynności laboratoryjnej genetyki medycznej oraz laboratoryjnej interpretacji i autoryzacji wyniku badań.
Na podstawie rekomendacji „Zalecenia metodyczne dotyczące oceny mutacji genu *EGFR* oraz rearanżacji genu *ALK* w kwalifikacji chorych na niedrobnokomórkowego raka płuca do terapii ukierunkowanych molekularnie" autorstwa pp. P. Krawczyk,J. Chorostowska-Wynimko, R. Dziadziuszko, J. Jassem, M. Krzakowski, R. Langfort, E. Puacz, B. Wasąg, K.Wojas-Krawczyk. Pneumonol. Alergol. Pol. 2014; 82: 437–444