

## ZLECENIE NA WYKONANIE ONKOPASZPORTU dla pacjenta z nowotworem płuc

*Personalizowana diagnostyka molekularna chorób nowotworowych oparta o analizę heterogenności guza z wykorzystaniem biomarkerów genomowych jako narzędzia do wdrażania i monitorowania terapii zindywidualizowanej. Onkopaszport powstał w ramach projektu STRATEGMED2/266484/2/NCBR/2015.*

Oznaczenie jednostki zlecającej: (Wymagane podanie I, V i VII kodu resortowego)	Oznaczenie jednostki wykonującej: <b>Akademicki Ośrodek Diagnostyki Patomorfologicznej i Genetyczno-Molekularnej</b> <b>Pracownia Genetyczno-Molekularna</b> 15-269 Białystok, ul. Waszyngtona 13, e-mail: sekretariat@aodp.pl tel./fax +48 (085) 748 59 31, 748 59 10, tel. +48 (085) 748 59 93 (kierownik) Kody resortowe: I – 00000210133, V – 01, VII – 004	<div style="border: 1px dashed gray; border-radius: 15px; padding: 10px; width: 80%; margin: auto;">         miejsce na nalepkę jednostki wykonującej       </div>
--	--	--

Tryb wykonania: <input type="checkbox"/> Normalny <input type="checkbox"/> Pilny <input type="checkbox"/> Bardzo pilny W ramach: <input type="checkbox"/> DiLO <input type="checkbox"/> Badanie kliniczne, nr protokołu: .....	Oczekiwana data wyniku (dla DiLO): <div style="border: 1px dashed gray; padding: 5px; text-align: center;"> <span style="font-size: 2em; font-family: monospace;">RRRR - MM - DD</span> </div>
---	---

### DANE PACJENTA (wypełnia lekarz kierujący)

Imię (imiona) i nazwisko pacjenta <div style="border: 1px dashed gray; height: 20px; margin-top: 5px;"></div>	Płeć: <input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna <input type="checkbox"/> Nieokreślona <input type="checkbox"/> Nieznana
Numer PESEL <div style="border: 1px dashed gray; padding: 2px; text-align: center;"> <span style="font-size: 1.2em; font-family: monospace;">RRRR - MM - DD</span> </div>	Numer pacjenta w systemie szpitalnym <div style="border: 1px dashed gray; padding: 2px; text-align: center;"> <span style="font-size: 1.2em; font-family: monospace;">RRRR - MM - DD</span> </div>

Dokument stwierdzający tożsamość<sup>1</sup>: .....

Adres miejsca zamieszkania<sup>2</sup>: .....

Imię (imiona) i nazwisko przedstawiciela ustawowego <sup>4</sup> <div style="border: 1px dashed gray; height: 20px; margin-top: 5px;"></div>	Adres miejsca zamieszkania przedstawiciela ustawowego <sup>4</sup> <div style="border: 1px dashed gray; height: 20px; margin-top: 5px;"></div>
---	---

### DANE KLINICZNE (wypełnia lekarz kierujący)

<input type="checkbox"/> Pierwszorazowe zlecenie na wykonanie Onkopaszportu <input type="checkbox"/> Onkopaszport nr ..... (kolejne zlecenie)	
Obrazowe badanie diagnostyczne:	Jakie: _____ Data: _____ Opis: _____
Inwazyjne badanie diagnostyczne (biopsja, EBUS, inne):	Data: _____ Nr badania: _____ Data: _____ Nr badania: _____
Rozpoznanie histopatologiczne nowotworu (kod ICD-10): <div style="border: 1px dashed gray; padding: 2px; text-align: center;"> <span style="font-size: 1.2em; font-family: monospace;">. . . . .</span> </div>	Data: _____
Rodzaj materiału do badania NGS: <input type="checkbox"/> Cytologiczny <input type="checkbox"/> Tkankowy: <input type="checkbox"/> wycinek <input type="checkbox"/> materiał pooperacyjny	Lokalizacja materiału do badania NGS: <input type="checkbox"/> Płuco <input type="checkbox"/> Węzły chłonne <input type="checkbox"/> Przerzut odległy (jaki?): .....
Leczenie przed pobraniem materiału: <input type="checkbox"/> operacyjne <input type="checkbox"/> leczenie neoadjuwantowe <input type="checkbox"/> chemioterapia <input type="checkbox"/> radioterapia	

### UZYSKANE ZGODY PACJENTA (wypełnia lekarz kierujący)

Wykonanie badania genetycznego: <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	Transmisja wyników drogą elektroniczną: <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
---	---

### ZLECANY ZAKRES ANALIZY PROFILU MOLEKULARNEGO (wypełnia lekarz kierujący)

<input type="checkbox"/> <b>NGS Lung_Cancer_DNA</b> Wykrywanie mutacji „drivers” na poziomie DNA (AKT1, ALK, BRAF, CCND1, CTNNB1, DDR2, EGFR, EIF1AX, ERBB2 (HER2), FGFR1, FGFR2, FGFR3, GNAS, HRAS, IDH1, IDH2, KIT, KRAS, MAPK2K1, MDM2, MET, NRAS, PDGFRA, PIK3CA, PTEN, RET, ROS1, STK11, TERT, TP53, TSHR)	<input type="checkbox"/> <b>NGS Lung_Cancer_RNA</b> Wykrywanie fuzji genowych oraz izoform alternatywnego splicingu na poziomie RNA (ALK, BRAF, EGFR, FGFR1, FGFR2, FGFR3, KRAS, MET, NGR1, NTRK1, NTRK2, NTRK3, RET, ROS1)	<input type="checkbox"/> <b>Ocena ekspresji PD-L1</b> Wykonane metodą IHC.
--	--	---

Data i godzina wystawienia zlecenia: <div style="border: 1px dashed gray; padding: 2px; text-align: center;"> <span style="font-size: 1.2em; font-family: monospace;">RRRR - MM - DD HH : MM</span> </div>	Oznaczenie lekarza kierującego <sup>3</sup> : _____
---	---

Uwagi: <div style="border: 1px dashed gray; height: 20px; margin-top: 5px;"></div>	
---	--

AODPIGM Sp. z o.o. posiada europejskie certyfikacje GenQA oraz EQA potwierdzające najwyższą jakość wykonywanych badań molekularnych w zakresie metodyki sekwencjonowania następnej generacji NGS.

**PRZYPISY:**

<sup>1</sup> Dokument stwierdzający tożsamość (wypełniać tylko w przypadku braku PESEL) – typ dokumentu (np. prawo jazdy, paszport), kraj wydający, seria i numer.

<sup>2</sup> Adres – kraj, kod pocztowy, miejscowość, ulica, nr posesji, nr lokalu.

<sup>3</sup> Oznaczenie – nazwisko i imię, tytuł zawodowy, specjalizacja, numer prawa wykonywania zawodu, podpis.

<sup>4</sup> Wypełnia się wyłącznie w przypadku, gdy pacjentem jest osoba małoletnia, całkowicie ubezwłasnowolniona lub niezdolna do świadomego wyrażenia zgody.