

ZLECENIE BADANIA MOLEKULARNEGO

Oznaczenie jednostki zlecającej: (Wymagane podanie I, V i VII kodu resortowego)	Oznaczenie jednostki wykonującej: Akademicki Ośrodek Diagnostyki Patomorfologicznej i Genetyczno-Molekularnej Pracownia Genetyczno-Molekularna 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 – 000000210133, V – 01, VII – 004	<div style="border: 1px dashed gray; border-radius: 15px; padding: 10px; width: fit-content; margin: 0 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: 2px; text-align: center;"> RRRRR - MM - DD </div>
---	---

DANE PACJENTA (wypełnia lekarz kierujący)

..... Imię (imiona) i nazwisko pacjenta	Płeć: <input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna <input type="checkbox"/> Nieokreślona <input type="checkbox"/> Nieznana
--	--

<div style="border: 1px dashed gray; padding: 2px; text-align: center;"> Numer PESEL </div>	<div style="border: 1px dashed gray; padding: 2px; text-align: center;"> Numer pacjenta w systemie szpitalnym </div>	<div style="border: 1px dashed gray; padding: 2px; text-align: center;"> Data urodzenia (jeżeli brak PESEL) </div>
---	--	--

Dokument stwierdzający tożsamość¹:

Adres miejsca zamieszkania²:

..... Imię (imiona) i nazwisko przedstawiciela ustawowego ⁴ Adres miejsca zamieszkania przedstawiciela ustawowego ^{2,4}
---	---

WYBÓR PŁATNIKA I TRYBU ROZLICZENIA (wypełnia lekarz kierujący)

NFZ: <input type="checkbox"/> Leczenie szpitalne Nr 129/2019/DSOZ <input type="checkbox"/> Świadczenie Odrębnie Kontraktowane (SOK) <input type="checkbox"/> Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna (AOS)	Inny: <input type="checkbox"/> Usługa komercyjna <input type="checkbox"/> Badanie kliniczne <input type="checkbox"/> Inne (wskazać jakie?):
---	---

Materiał pobrany w trakcie tej samej hospitalizacji, z której pochodzi zlecenie: tak nie

DANE KLINICZNE (wypełnia lekarz kierujący)

Rozpoznanie wstępne kliniczne:

ICD10 (5 znaków)

Dotychczas stosowane leczenie: nieleczone po I linii chemioterapii po II linii Inne:

Wskazanie do badania molekularnego:

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
---	---

RODZAJ ZLECONEGO BADANIA (wypełnia lekarz kierujący)

Wykrywanie mutacji: <input type="checkbox"/> KRAS <input type="checkbox"/> NRAS <input type="checkbox"/> BRAF <input type="checkbox"/> EGFR <input type="checkbox"/> PDGFRA <input type="checkbox"/> KIT <input type="checkbox"/> IDH1/2 <input type="checkbox"/> Ocena ekspresji PD-L1	Badanie metodą NGS: <input type="checkbox"/> Lung_Cancer_DNA: 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"/> Lung_Cancer_RNA: wykrywanie fuzji genowych oraz izoform alternatywnego splicingu na poziomie RNA (ALK, BRAF, EGFR, FGFR1, FGFR2, FGFR3, KRAS, MET, NGR1, NTRK1, NTRK2, NTRK3, RET, ROS1)
--	--

MATERIAŁ DIAGNOSTYCZNY (wypełnia lekarz kierujący)

<input type="checkbox"/> Błoczek parafinowy (podać numer): Odsetek komórek nowotworowych: % <input type="checkbox"/> Do oceny Dostarczony preparat HE: <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie Zaznaczono obszar do makrodysekcji: <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> Rozmaz <input type="checkbox"/> Inny (podać jaki?):	<input type="checkbox"/> Krew obwodowa (cfDNA) Data i godzina pobrania: <div style="border: 1px dashed gray; padding: 2px; text-align: center;"> RRRRR - MM - DD HH : MM </div> Uwagi: (W przypadku krwi wpisać informacje o transfuzji lub przeszczepie szpiku - jeżeli dotyczy)
--	---

Data i godzina wystawienia zlecenia: <div style="border: 1px dashed gray; padding: 2px; text-align: center;"> RRRRR - MM - DD HH : MM </div>	Oznaczenie lekarza kierującego ³ :
--	---

Dane kontaktowe do lekarza kierującego:

INSTRUKCJA WYPEŁNIANIA FORMULARZA:

- Formularz zlecenia wypełniać czytelnie drukowanymi literami.
- Do zlecenia należy dołączyć kopię rozpoznania histopatologicznego.
- Bez podania kompletnych danych jednostki zlecającej i danych pacjenta, materiał nie będzie badany.

PRZYPISY:

- ¹ Dokument stwierdzający tożsamość (wypełniać tylko w przypadku braku PESEL) – typ dokumentu (np. prawo jazdy, paszport), kraj wydający, seria i numer.
- ² Adres – kraj, kod pocztowy, miejscowość, ulica, nr posesji, nr lokalu.
- ³ Oznaczenie – nazwisko i imię, tytuł zawodowy, specjalizacje, numer prawa wykonywania zawodu, podpis.
- ⁴ Wypełnia się wyłącznie w przypadku, gdy pacjentem jest osoba małoletnia, całkowicie ubezwłasnowolniona lub niezdolna do świadomego wyrażenia zgody.

PRZYJĘCIE MATERIAŁU (wypełnia jednostka wykonująca)

Data i godzina przyjęcia materiału:

RRRRR	-	MM	-	DD	HH	:	MM
-------	---	----	---	----	----	---	----

Uwagi dot. przyjętego materiału:

Imię i nazwisko osoby przyjmującej

KWALIFIKACJA MATERIAŁU DO BADANIA MOLEKULARNEGO (wypełnia jednostka wykonująca) Błoczek parafinowy (podać numer): Inny materiał (podać jaki?):

Odsetek komórek nowotworowych: %

Materiał kwalifikuje się do badania molekularnego: tak nie

Uwagi:

RRRRR	-	MM	-	DD
-------	---	----	---	----

Data kwalifikacji

Oznaczenie lekarza patomorfologa³