

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 black; 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: 5px; text-align: center;"> RR - 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;"> RR - MM - DD 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	<input type="checkbox"/> MSI – badanie niestabilności mikrosatelitarnej DNA (rak jelita grubego, rak endometrium) <input type="checkbox"/> Bakteryjna waginoza - jakościowe i ilościowe wykrywanie siedmiu czynników odpowiedzialnych za bakteryjną waginozę <input type="checkbox"/> Wrzód miękki - wykrywanie czynnika etiologicznego wrzodu miękkiego <input type="checkbox"/> HPV28 - wykrywanie 28 genotypów HPV, 19 wysokiego ryzyka oraz 9 genotypów niskiego ryzyka
Badanie metodą NGS: <input type="checkbox"/> BRCA1/2, PALB2 - analiza sekwencji wszystkich eksonów genów BRCA1, BRCA2 oraz PALB2 <input type="checkbox"/> Analiza sekwencji genów POLE, TP53 w DNA komórek nowotworowych (rak trzonu macicy)	

MATERIAŁ DIAGNOSTYCZNY (wypełnia lekarz kierujący)

<input type="checkbox"/> Błoczek parafinowy (podać numer): Odsetek komórek nowotworowych: % <input type="checkbox"/> Do oceny Dostarczono 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="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px dashed gray; padding: 2px; text-align: center;"> RR - MM - DD </div> <div style="border: 1px dashed gray; padding: 2px; text-align: center;"> HH : MM </div> </div> Uwagi: (W przypadku krwi wpisać informacje o transfuzji lub przeszczepie szpiku - jeżeli dotyczy)
--	--

Data i godzina wystawienia zlecenia:

RR - MM - DD

HH : MM

Dane kontaktowe do lekarza kierującego:

PRZYJĘCIE MATERIAŁU (wypełnia jednostka wykonująca)

Data i godzina przyjęcia materiału:

RRRR	-	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:

RRRR	-	MM	-	DD
------	---	----	---	----

Data kwalifikacji

Oznaczenie lekarza patomorfologa³**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 pac