

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:
**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 – 00000210133, V – 01, VII – 004

miejsce na
nalepkę
jednostki
wykonującej

Tryb wykonania: Normalny
W ramach: DiLO

Pilny Bardzo pilny
 Badanie kliniczne, nr protokołu:

Oczekiwana data wyniku (dla DiLO):

RRRRR - MM - DD

DANE PACJENTA (wypełnia lekarz kierujący)

.....
Imię (imiona) i nazwisko pacjenta

Płeć: Kobieta Mężczyzna
 Nieokreślona Nieznana

.....
Numer PESEL

.....
Numer pacjenta w systemie szpitalnym

RRRRR - MM - DD
Data urodzenia (jeżeli brak PESEL)

Dokument stwierdzający tożsamość¹:

Adres miejsca zamieszkania²:

.....
Imię (imiona) i nazwisko przedstawiciela ustawowego⁴

.....
Adres miejsca zamieszkania przedstawiciela ustawowego⁴

DANE KLINICZNE (wypełnia lekarz kierujący)

Pierwszorazowe zlecenie na wykonanie Onkopaszportu 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):	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: operacyjne leczenie neoadjuwantowe chemioterapia radioterapia

UZYSKANE ZGODY PACJENTA (wypełnia lekarz kierujący)

Wykonanie badania genetycznego: tak nie Transmisja wyników drogą elektroniczną: tak nie

ZLECANY ZAKRES ANALIZY PROFILU MOLEKULARNEGO (wypełnia lekarz kierujący)

<input type="checkbox"/> NGS 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"/> NGS 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)	<input type="checkbox"/> Ocena ekspresji PD-L1 Wykonane metodą IHC.
--	--	---

Data i godzina wystawienia zlecenia: RRRRR - MM - DD HH : MM	Oznaczenie lekarza kierującego ³ :
--	---

Uwagi:

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:

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, specjalizacja, numer prawa wykonywania zawodu, podpis.

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