

**Badania Molekularne**

**Skierowanie na badania laboratoryjne  
LABORATORIUM GENETYCZNE NZOZ GENOM**

**Choroby nowotworowe**

**Fundacja Godula-Hope  
ul. Główna 11 Pawilon A1, 41 - 711 Ruda Śląska, tel. (032) 2444-663  
e-mail: labor@genom.pl fax. (032) 2444-664**

**Dane Pacjenta:**

Imię i Nazwisko: .....

Miejsce zamieszkania/ oddział szpitalny .....

ulica:..... nr domu ..... nr lokalu.....;

kod pocztowy: .....; miejscowość: .....

Płeć:  K  M, Data urodzenia: ....., PESEL 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nazwa i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość w przypadku osoby nieposiadającej nr PESEL

.....

Pochodzenie etniczne:  polskie  inne .....

Tel.: .....E-mail:.....

**Proszę o wykonanie:**

**Kod Badania lub/i nazwa genu oraz zlecona mutacja**.....

**Nazwa choroby** .....

**Rodzaj materiału i jego pochodzenie:**  krew obwodowa  wyizolowany DNA

**Miejsce przesłania wyniku badania lub dane osoby upoważnionej do odbioru wyniku lub sprawozdania z badania**

Inne miejsce niż jednostka zlecająca : Imię i Nazwisko .....

Ulica:..... Miejscowość: ....., kod pocztowy: .....

Jednostka zlecająca

**Dane jednostki zlecającej:**

Nazwa: .....

Ulica:..... Miejscowość: ....., kod pocztowy: .....

Tel.: .....

**Wskazanie do wykonania badania oraz istotne dane kliniczne pacjenta**

Wskazanie do badań:.....

**Dane kliniczne pacjentki/pacjenta**

Czy w ostatnich trzech miesiącach przetaczano krew  NIE  TAK

Czy kiedykolwiek poddano zabiegowi przeszczepu szpiku kostnego  NIE  TAK

Informacje o stosowanym leczeniu .....

.....

Czy u Pacjentki/Pacjenta rozpoznano chorobę nowotworową?  NIE  TAK

Jeśli TAK

Rodzaj nowotworu ..... wiek zachorowania.....

Imię Nazwisko Pacjenta..... PESEL.....

Czy u Pacjentki/Pacjenta wykonano badania genetyczne?  NIE  TAK

Jeśli TAK to jakie badanie

Badany gen/kariotyp	Metoda analizy	Wynik badania( <i>opisać wykrytą mutację</i> )

**Wywiad rodzinny (rodzice, dzieci, rodzeństwo):**

Czy w rodzinie Pacjentki/Pacjenta rozpoznano chorobę nowotworową?  NIE  TAK

Jeśli TAK to jaką

Stopień pokrewieństwa	rodzaj schorzenia i wiek zachorowania

Data skierowania .....

.....  
(Podpis i pieczętka lekarza)

**DO SKIEROWANIA PROSZE DOŁĄCZYĆ:**

**-PODPISANĄ PRZEZ PACJENTKĘ LUB OPIEKUNA PRAWNEGO DEKLARACJĘ ŚWIADOMEJ ZGODY NA WYKONANIE BADAŃ GENETYCZNYCH !!!**

Data i godzina pobrania:....., Dane osoby pobierającej .....

(  zakreślić właściwe)

**Data i godzina przyjęcia materiału do laboratorium**

**Przechowywanie materiału do badań laboratoryjnych**

Data i godzina od	Data i godzina do	Tempera.	Sposób przechowywania	Miejsce przechowywania	Imię i nazwisko osoby odpowiedzialnej za przechowywanie	UWAGI