



**Centrum Diagnostyki
Patomorfologicznej Sp. z o.o.**

ul. Gustawa Morcinka 5/11
01-496 Warszawa
www.patomorfologia.com
telefon: +48 69 0 69 62 69

KRS: 0000664320 | REGON: 36666206800012 | NIP: 5252701325 | Kod resortowy: (I) 000000192316; (V) 01; (VII) 001; (VIII) 7150

Skierowanie na badanie patomorfologiczne Badanie histopatologiczne oraz molekularne					
Kierujący na badanie					
Podmiot wykonujący działalność leczniczą:			Kod identyfikacyjny badania:		
			TU UMIEŚĆ NAKLEJKĘ Z KODEM KRESKOWYM		
Pacjent					
Imię:					
Nazwisko:					
PESEL/ID:		Data urodzenia:			
Adres zamieszkania:					
Dane kliniczne					
Rozpoznanie kliniczne:					
ICD-10:		SNOMED:			
Przebyte leczenie:					
Radioterapia:	Tak	Nie	Data:		
Chemioterapia:	Tak	Nie	Data:		
Antybiotykoterapia:	Tak	Nie	Hormonoterapia:	Tak	Nie
Wcześniejsze badania patomorfologiczne:					
Materiał					
Data pobrania:	Godz. pobrania:	:	Utrwalenie:		
Rodzaj materiału:	Wycinek zmiany <input type="checkbox"/>	Resekcja zmiany <input type="checkbox"/>	Cytoredukcja <input type="checkbox"/>		
Skrócony opis materiału:	Dla szczegółowego opisu nadesłanych materiałów oraz wskazania wybranych badań molekularnych prosimy wykorzystać pole na odwrocie skierowania				
Pieczęćka i podpis lekarza kierującego:					

Badania molekularne

BRAF	<input type="checkbox"/>	KIT	<input type="checkbox"/>
BRCA1	<input type="checkbox"/>	KRAS	<input type="checkbox"/>
BRCA2	<input type="checkbox"/>	NRAS	<input type="checkbox"/>
EGFR	<input type="checkbox"/>	NTRK	<input type="checkbox"/>
IDH1	<input type="checkbox"/>	ROS1	<input type="checkbox"/>
IDH2	<input type="checkbox"/>	ALK	<input type="checkbox"/>

Inne:

Do zlecenia wykonania badania molekularnego musi być dołączona zgoda pacjenta na diagnostyczne badanie genetyczne

Szczegółowy opis nadesłanego materiału oraz uwagi: