



PRACOWNIA CYTOGENETYKI
70-111 Szczecin, al. Powstańców Wielkopolskich 72

Tel. 91 48 38 631, 91 48 38 633,

fax: 91 466 14 74

SKIEROWANIE NA BADANIE GENETYCZNE - GUZY LITE

PRIORYTET: RUTYNA CITO

INFORMACJE O PACJENCIE:

Nazwisko i imię (**drukowanymi literami**):

.....

Data urodzenia (dz./m./r.):/...../.....

Płeć: żeńska męska nieznaną

PESEL:

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

Adres zamieszkania:

.....

Tel. Komórkowy:

DATA SKIEROWANIA (dz./m./r.):/...../.....

INFORMACJE O JEDNOSTCE KIERUJĄCEJ:

Nazwa Jednostki:

.....

.....

Adres:

Telefon/fax:

PODPIS I PIECZĄTKA LEKARZA KIERUJĄCEGO:

ROZPOZNIANIE:

- guz pierwotny
 przerzut/wznowa
 przed leczeniem
 w trakcie leczenia

Wskazanie do badania oraz istotne dane kliniczne pacjenta -
informacje o stosowanym leczeniu/transfuzji/przeszczepie szpiku:

.....

.....

INFORMACJE DO FAKTURY:

NIP:

Nazwisko i imię/nazwa Płatnika:

.....

.....

Adres:

.....

RODZAJ BADAŃ:

- aCGH..... MLPA..... Izolacja DNA
wpisać rozdzielczość lub kod badania wpisać nazwę zestawu sond lub kod badania

Aktualny Cennik i kody badań znajdują się na stronie www.spsk2-szczecin.pl w zakładce Szpital/Cennik.

INFORMACJE O MATERIALE BIOLOGICZNYM:

Rodzaj materiału:	Data i godzina pobrania próbki od pacjenta:	Podpis osoby pobierającej materiał:
<input type="checkbox"/> krew obwodowa (pobrana na EDTA)	(dz./m./r.):...../...../.....godz.....	
<input type="checkbox"/> świeża tkanka guza	(dz./m./r.):...../...../.....godz.....	
<input type="checkbox"/> inny materiał	(dz./m./r.):...../...../.....godz.....	
<input type="checkbox"/> bloczek parafinowy/preparat	Numer bloczka/preparatu:	

KWALIFIKACJA MATERIAŁU DO BADANIA (WYPEŁNIA LEKARZ PATOLOG):

<input type="checkbox"/> bloczek parafinowy/preparat	NUMER BLOCZKA/PREPARATU:	
<input type="checkbox"/> inny materiał		
UTKANIE NOWOTWOROWE:	Wpisać odsetek komórek nowotworowych	UWAGI:
		Pieczętka i podpis lekarza patologa

PRZYJĘCIE MATERIAŁU DO PRACOWNI CYTOGENETYKI:

Data i godzina przyjęcia materiału (dz./m./r.):/...../.....godz.....	Nr identyfikacyjny pacjenta:
Osoba przyjmująca materiał:	Uwagi o stanie próbki:
.....