|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nazwa jednostki wykonujacej badanie | Data zlecenia badania do laboratorium: | **/ /** r. |
| **ZAKŁAD PATOMORFOLOGII**  Pracownia Onkopatologii i Biostruktury Medycznej  **tel.: 22 815 19 60; fax.: 22 815 19 75,**  e-mail: [zaklad.patomorfologii@ipczd.pl](mailto:zaklad.patomorfologii@ipczd.pl)  **Regon: 000557961; NIP: 952 11 43 675**  000000018625-54-631-7100 | Data, godz. przyjęcia materiału do laboratorium: | **/ /** r., godz. **:** |
| Numer identyfikacyjny próbki: |  |

**KARTA ZLECENIA BADANIA MOLEKULARNEGO**

**do PRACOWNI ONKOPATOLOGII I BIOSTRUKTURY MEDYCZNEJ ZAKŁADU PATOMORFOLOGII**

**INSTYTUTU „POMNIK- CENTRUM ZDROWIA DZIECKA**”

|  |  |
| --- | --- |
| W kierunku choroby (nazwa choroby): |  |

**Informacje o jednostce zlecającej badanie**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nazwa jednostki: |  | | |
| Adres (miejsce przekazania sprawozdania)\*\*: |  | | |
| Telefon, e-mail: |  | Nazwisko i imię lekarza zlecającego badanie: |  |
| Adres kontaktowy: |  | | |
| Telefon kontaktowy: |  | e-mail: |  |

**Informacje o pacjencie**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Imię: |  | | | | | | | | | | | | | | | Numer historii choroby: |  |  |  |  |  |  | / |  |  |
| Nazwisko:  (DRUKOWANYMI LITERAMI) |  | | | | | | | | | | | | | | | Płeć: | 🞎 M 🞎 K | | | | | | | | |
| Data urodzenia: |  |  | | / | |  |  | / | |  | |  |  |  | r. | PESEL\*: |  | | | | | | | | |
|  | dzień | |  | | miesiąc | | | |  | | rok | | | |  |
| Adres kontaktowy, telefon: |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Stopień pokrewieństwa: | 🞎 **probant** 🞎 **matka** 🞎 **ojciec** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 🞎 **siostra probanta** 🞎 **brat probanta** 🞎**inne:** ……………………………………… | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nazwisko i imię probanta w przypadku krewnego: |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**Informacja o materiale biologicznym**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Rodzaj materiału: | 🞎 **krew** 🞎 **guz**  🞎 **inne:** ………………………………. | | |
| Imię i nazwisko osoby pobierającej materiał: |  | Data, godzina pobrania: | **/ /**  r., godz. **:** |

**Informacje dodatkowe**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Obciążenie chorobami w rodzinie: |  | |
| Czy badanie molekularne jest prowadzone po raz pierwszy: | 🞎 **TAK** 🞎 **NIE** | |
| Jeśli NIE - jakie i  w jakim ośrodku: |  | |
| Oświadczam, że pacjent nie był poddany transfuzji krwi w ciągu ostatnich 90 dni | | Data i pieczątka imienna i podpis lekarza zlecającego |
| Data i podpis osoby poświadczającej | |

\* *Numer PESEL, jeżeli został nadany, w przypadku noworodka – numer PESEL matki, a w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL – rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość*

*\*\*UWAGA: Zgodnie z rekomendacją Polskiego Towarzystwa Genetyki Człowieka, jedyną osobą upoważnioną do odbioru wyników jest lekarz zlecający badanie.*