|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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**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.*