




		Kod kreskowy	
Pieczętka jednostki zlecającej badanie	Nazwa jednostki wykonującej badanie	Data, godz. zlecenia badania do laboratorium (DD/MM/RRRR):	/ / godz.
	07R-1-00330-03-08 <b>ZAKŁAD PATOMORFOLOGII</b> Pracownia Onkogenetyki Dziecięcej tel.: 22 815 19 60; fax.: 22 815 19 75, e-mail: zaklad.patomorfologii@ipczd.pl Regon: 000557961; NIP: 952 11 43 675 000000018625-54-661-7102 L/ZPA/POD	Data, godz. przyjęcia materiału do laboratorium (DD/MM/RRRR):	/ / godz.
		Numer identyfikacyjny próbki:	
		Tryb zlecenia:	<input type="checkbox"/> Zwykły
			<input type="checkbox"/> CITO

## KARTA ZLECENIA BADANIA GENETYCZNEGO do Pracowni Onkogenetyki Dziecięcej Zakładu Patomorfologii IPCZD

### Informacje o pacjencie

Imię:	Nazwisko:	PESEL*:
<small>* w przypadku noworodka – numer PESEL matki, a w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL – nazwę, numer i serię dokumentu potwierdzającego tożsamość i datę urodzenia; a w przypadku pacjenta małoletniego, ubezwłasnowolnionego całkowicie lub niezdolnego do świadomego wyrażenia zgody – imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego oraz adres jego miejsca zamieszkania</small>		
Numer kartoteki:	Data urodzenia [DD/MM/RRRR]:	/ /
Płeć:	Adres zamieszkania / Oddział szpitalny:	
Pochodzenie etniczne:	Telefon kontaktowy:	

### Wskazanie do wykonania badania

Rozpoznanie kliniczne:	
Gen /marker/ locus:	
Istotne dane klinicznie:	

### Informacje o jednostce zlecającej badanie

Nazwa jednostki:	
Adres (miejsce przekazania sprawozdania)**:	
<small>** zgodnie z rekomendacją Polskiego Towarzystwa Genetyki Człowieka, jedyną osobą upoważnioną do odbioru wyników jest lekarz zlecający badanie</small>	
Telefon, e-mail:	
Imię i nazwisko lekarza zlecającego badanie oraz tytuł zawodowy, specjalizacje - jeśli posiada i numer PWZL:	Telefon, e-mail lekarza zlecającego badanie:

### Stopień pokrewieństwa z pacjentem

Stopień pokrewieństwa:	<input type="checkbox"/> probant	<input type="checkbox"/> matka	<input type="checkbox"/> ojciec
	<input type="checkbox"/> siostra probanta	<input type="checkbox"/> brat probanta	<input type="checkbox"/> inny: .....
Imię i nazwisko probanta:			

### Informacja o materiale biologicznym / genetycznym

Rodzaj materiału:	<input type="checkbox"/> krew	<input type="checkbox"/> guz	<input type="checkbox"/> DNA/RNA	<input type="checkbox"/> PMR	<input type="checkbox"/> inny: .....
Imię i nazwisko oraz podpis osoby pobierającej materiał	Data, godzina pobrania (DD/MM/RRRR):	/ /	godz.		
	Data, godzina przekazania do transportu (DD/MM/RRRR):	/ /	godz.		

### Informacje dodatkowe

Obciążenie chorobami w rodzinie:		
Czy badanie molekularne jest prowadzone po raz pierwszy?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
Jeśli NIE - jakie i w jakim ośrodku:		
Czy pacjent był poddany transfuzji krwi w ciągu ostatnich 90 dni? <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Czy pacjent był poddany przeszczepieniu krwiotwórczych komórek macierzystych szpiku (HSCT)? <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
data i podpis osoby poświadczającej		data i pieczętka imienna i podpis lekarza zlecającego