



Nr pacjenta:

Kod kreskowy

Pieczętka jednostki zlecającej badanie	Nazwa jednostki wykonującej badanie	Data zlecenia badania do laboratorium (DD/MM/RRRR):	/ /
	ZAKŁAD PATOMORFOLOGII 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	Data, godz. przyjęcia materiału do laboratorium (DD/MM/RRRR):	/ / godz.
		Numer identyfikacyjny próbki:	
		Tryb zlecenia:	

KARTA ZLECENIA BADANIA MOLEKULARNEGO
do Pracowni Onkogenetyki Dziecięcej Zakładu Patomorfologii IPCZD

Informacje o pacjencie

Imię:		Nazwisko:		PESEL*:	
* w przypadku noworodka – numer PESEL matki, a w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL – rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość					
Numer kartoteki:		Data urodzenia [DD/MM/RRRR]:	/ /		
Płeć:		Adres, telefon kontaktowy:			

Wskazanie do wykonania badania

W kierunku choroby (nazwa choroby):	
Geny /marker/ locus:	

Informacje o jednostce zlecającej badanie

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

Stopień pokrewieństwa z pacjentem

Stopień pokrewieństwa:	☐ probant	☐ matka	☐ ojciec
	☐ siostra probanta	☐ brat probanta	☐ inny:
Nazwisko i imię probanta w przypadku krewnego:			

Informacja o materiale biologicznym / genetycznym

Rodzaj materiału:	☐ krew	☐ guz	☐ DNA/RNA	☐ PMR	☐ inny:
Imię i nazwisko 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?	☐ TAK ☐ NIE	
Jeśli NIE - jakie i w jakim ośrodku:		
Czy pacjent był poddany transfuzji krwi w ciągu ostatnich 60 dni?	Czy pacjent był poddany przeszczepieniu krwiotwórczych komórek macierzystych szpiku (HSCT)?	
☐ TAK ☐ NIE	☐ TAK ☐ NIE	
data i podpis osoby poświadczającej		data i pieczętka imienna i podpis lekarza zlecającego

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