

 <p>UNIWERSYTECKI SZPITAL DZIECIĘCY W KRAKOWIE Laboratorium Cytogenetyki i Genetyki Molekularnej ul. Wielicka 265; 30-663 Kraków tel.:12-658-20-11 wew. 1398, 1296, kod NFZ 061/100203. Regon 351375886-00033 kod res.: cz. I. 000000018602, cz. V 01, cz. VII 115</p>	<b>ZLECENIE BADANIA GENETYCZNEGO</b>	<b>Numer ID próbki</b> (wypełnia Laboratorium)
---	--	---

DANE PACJENTA	
(Proszę wypełnić drukowanymi literami)	
Nazwisko	
Imię	
Data urodzenia	
PESEL*	
Płeć:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> U
Pochodzenie etniczne	<input type="checkbox"/> Polskie    inne.....
Nr USD Nr PG	
Adres zamieszkania	
Rodzic / Opiekun / Przedstawiciel ustawy pacjenta	
(w przypadku osoby małoletniej/ ubezwłasnowolnionej)	
Nazwisko:	
Imię:	
PESEL*	
Telefon kontaktowy	

INFORMACJE O ZLECENIODAWCY	
(Dane Jednostki kierującej/ w przypadku osób prywatnych Imię i Nazwisko)	
Pieczęć Jednostki  (adres, telefon)	
Imię i nazwisko (pieczęć) lekarza kierującego	
Adres celem wysłania wyniku: (jeżeli inny niż zleceniodawcy) oraz telefon kontaktowy	

ZLECANE BADANIE	
(Wypełnia lekarz kierujący/ W przypadku osoby prywatnej Zleceniodawca)	
Nazwa zleconego badania:	
Kod badania (wg. oferty USD Kraków)	
Wskazania do badania <i>*W przypadku badań wysokoprzepustowych wypełnić dodatkowy formularz</i>	
Kod rozpoznania ICD10/ ORPHA/ HPO	
Stosowane leczenie (wypełnić wyłącznie dla badań cytogenetycznych)	

INFORMACJE O MATERIALE BIOLOGICZNYM	
(Wypełnia lekarz kierujący/Zleceniodawca/Osoba pobierająca materiał)	
Rodzaj materiału:	<input type="checkbox"/> krew <input type="checkbox"/> amniocyty <input type="checkbox"/> szpik <input type="checkbox"/> trofoblast (kosmówka) <input type="checkbox"/> fibroblasty <input type="checkbox"/> krew pępowinowa <input type="checkbox"/> izolat DNA <input type="checkbox"/> bloczek parafinowy numer..... numer..... <input type="checkbox"/> inne.....
Data pobrania*:	
Godzina pobrania*:	
Imię i nazwisko osoby pobierającej materiał*	

INFORMACJE DODATKOWE	
(Wypełnia lekarz kierujący/ W przypadku osoby prywatnej Zleceniodawca)	
Choroby genetyczne w rodzinie	<input type="checkbox"/> TAK      Jeśli TAK, jakie..... <input type="checkbox"/> NIE
Inne dane kliniczne istotne dla zlecanego badania (w tym rodowód)	
Czy wykonano inne badania genetyczne	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> do zlecenia załączono kopię sprawozdania z badania <input type="checkbox"/> NIE      Wykonano.....
Transfuzja w ciągu ostatnich 3 miesięcy/ Przeszczep szpiku	<input type="checkbox"/> TAK <i>Badanie molekularne można wykonać po okresie 3 miesięcy w przeciwnym razie istnieje ryzyko otrzymania błędnego wyniku</i> <input type="checkbox"/> NIE

INFORMACJE DODATKOWE- BADANIA PRENATALNE		
(Wypełnia lekarz kierujący/ W przypadku osoby prywatnej Zleceniodawca)		
Tydzień ciąży/poród:	Testy przesiewowe: <input type="checkbox"/> biochemiczne <input type="checkbox"/> NIPT	Testy przesiewowe: <input type="checkbox"/> prawidłowe <input type="checkbox"/> nieprawidłowe
Obraz USG płodu	<input type="checkbox"/> PRAWDŁOWY	<input type="checkbox"/> NIEPRAWDŁOWY
Choroby genetyczne w rodzinie	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK
✓ Nosicielstwo aberracji zrównoważonej	<input type="checkbox"/>	podać jaka .....
✓ Choroba monogenowa	<input type="checkbox"/>	podać jaka .....
Niepowodzenia rozrodu	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK



UNIwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie  
Laboratorium Cytogenetyki i Genetyki Molekularnej  
ul. Wielicka 265; 30-663 Kraków  
tel.:12-658-20-11 wew. 1398, 1296,  
kod NFZ 061/100203. Regon 351375886-00033  
kod res.: cz. I. 000000018602, cz. V 01, cz. VII 115

## ZLECENIE BADANIA GENETYCZNEGO

Numer ID próbki  
(wypełnia Laboratorium)

### INFORMACJE DODATKOWE

#### HEMATOLOGICZNE NOWOTWORY NABYTE

(Wypełnia lekarz kierujący/ W przypadku osoby prywatnej Zleceniodawca)

Poziom leukocytozy .....

Blastoza ..... [%]

Badanie  
pierwszorazowe

TAK

NIE

Badanie  
kontrolne (MRD)

TAK

NIE

Doba leczenia .....

Zidentyfikowany  
marker  
molekularny

TAK

NIE

Jaki?  
.....

### INFORMACJE DODATKOWE

#### NIEHEMATOLOGICZNE NOWOTWORY NABYTE

(Wypełnia lekarz kierujący/ W przypadku osoby prywatnej Zleceniodawca)

Data zlecenia na badanie  
patomorfologiczne:

Data i godzina dostarczenia  
materiału do Zakładu  
Patomorfologii

Rozpoznanie  
patomorfologiczne:

Odsetek komórek  
nowotworowych:

Pieczęć Zakładu Patomorfologii  
(adres, telefon)

Pieczęć lekarza patomorfologa

### DANE OSOBY UPOWAŻNIONEJ DO ODBIORU SPRAWOZDANIA Z BADANIA\*\*\*

Nazwisko

Imię

Data  
urodzenia

PESEL\*

### POTWIERDZENIE ZLECENIA

(Wypełnia lekarz kierujący/ W przypadku osoby prywatnej Zleceniodawca)

Czy deklaracja  
Świadomej  
Zgody została  
podpisana?

TAK

NIE

Niniejszym podpisem poświadczam powyższe dane  
Podpis lekarza kierującego (pieczęć imienna)/Zleceniodawcy

### PRZYJĘCIE MATERIAŁU DO LABORATORIUM (Wypełnia osoba przyjmująca materiał)

Data i godzina przyjęcia materiału do laboratorium

Osoba odbierająca materiał

Uwagi

\* W przypadku:

- osoby nieposiadającej numeru PESEL – nazwę, numer i serię dokumentu potwierdzającego tożsamość oraz datę urodzenia,
- noworodka bez nadanego imienia – oznaczenie „syn” lub „córka” i numer PESEL matki,
- pacjenta małoletniego, ubezwłasnowolnionego całkowicie lub niezdolnego do świadomego wyrażenia zgody – imię (imiona) i nazwisko przedstawiciela ustawowego oraz adres jego miejsca zamieszkania.

\*\* Wypełnić jeżeli dotyczy

\*\*\* Wypełnić jeśli wskazana osoba jest inna niż wymienione wyżej (pacjent/rodzic/przedstawiciel ustawowy pacjenta/lekarz zlecający)