

ADRES LABORATORIUM:

Instytut Genetyki i Immunologii GENIM Sp. z o.o.
ul. Filaretów 27 / lok. 2
20-609 Lublin
tel. 888 591 097
e-mail: biuro@genim.pl



Aby wysłać materiał do Laboratorium GENIM prosimy o maila na adres: biuro@genim.pl, w treści prosimy podać dokładne miejsce odbioru paczki (pokój, piętro, recepcja, rejestracja) oraz dzień i preferowany zakres godzinowy odbioru przesyłki.

(płatnikiem jest firma GENIM)

Zlecenie badania laboratoryjnego w celu wykrycia nieprawidłowości molekularnych w niedrobnokomórkowym raku płuca

Imię i nazwisko pacjenta:.....płeć: ☐ kobieta, ☐ mężczyzna

PESEL |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__

Rozpoznanie patomorfologiczne oraz rodzaj materiału przeznaczanego do badania (miejsce pobrania, bloczek parafinowy, preparat cytologiczny):

Rodzaj badania: ☐ mutacje w genie *EGFR*, ☐ ekspresja ALK metodą IHC

☐ rearanżacja genu *ALK* metodą FISH

☐ ekspresja PD-L1 metodą IHC

☐ mutacje w genie *KRAS*

☐ rearanżacja genu *ROS1* metodą FISH

☐ badanie wariantów genetycznych techniką NGS [☐ w przypadku niewystarczającej jakości lub ilości materiału genetycznego wyizolowanego z bloczka parafinowego oznaczenie pojedynczych genów:

EGFR*, *KRAS*, *ALK* FISH, *ALK* IHC, *ROS1* FISH, *PD-L1* (*niepotrzebne skreślić)]

☐ inne badania

Cel badania:

☐ badanie pierwszorazowe, ☐ badanie powtórne w celu modyfikacji leczenia (wcześniej wykryta zmiana molekularna.....)

Nr bloczka parafinowego/preparatu cytologicznego:.....

Data wystawienia skierowania:.....

Lekarz zlecający:.....

Ośrodek kierujący:.....

e-mail lekarza (w przypadku konieczności przesłania wyniku)

Adres zwrotny dla bloczków parafinowych/pozostałych preparatów cytologicznych (jeżeli inny niż w/w):.....

Prosimy o dołączenie odpisu (ksero) badania patomorfologicznego z danymi zakładu patomorfologii oraz imieniem i nazwiskiem lekarza patomorfologa

.....
Podpis i pieczęć lekarza kierującego