

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](mailto:biuro@genim.pl)



Aby wysłać materiał do Laboratorium GENIM prosimy o maila na adres: [biuro@genim.pl](mailto: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 stwierdzenia deficytu  
rekombinacji homologicznej (HRD) oraz wariantów patogennych w genach  
*TP53, PIK3CA, AKT1, PTEN***

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

PESEL |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_

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

**Rodzaj badania:**

badanie wariantów genetycznych techniką NGS w genach: *ATM, BARD1, BRCA1, BRCA2, BRIP1, CDK12, CHEK2, FANCD2, MRE11, NBN, PALB2, PPP2R2A, RAD51B, RAD54L, RAD51C, TP53, PIK3CA, AKT1, PTEN*

**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*