

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 rearanżacji genów *NTRK1*, *NTRK2*, *NTRK3*
w guzach litych techniką sekwencjonowania nowej generacji (NGS)**

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

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

Badanie obejmuje:

Mutacje genetyczne w genach: *AKT1*, *ALK*, *AR*, *BRAF*, *CDK4*, *CTNNB1*, *DDR2*, *EGFR*, *ERBB2*, *ERBB3*, *ERBB4*, *ESR1*, *FGFR2/3*, *GNA11*, *GNAQ*, *HRAS*, *IDH1*, *IDH2*, *JAK1*, *JAK2*, *JAK3*, *KIT*, *KRAS*, *MAP2K1/2*, *MET*, *MTOR*, *NRAS*, *PDGFRA*, *PIK3CA*, *RAF1*, *RET*, *ROS1*, *SMO*

Zmiany liczby kopii genów: *ALK*, *AR*, *BRAF*, *CCND1*, *CDK4*, *CDK6*, *EGFR*, *ERBB2*, *FGFR1/2/3/4*, *KIT*, *RAS*, *MET*, *MYC*, *MYCN*, *PDGFRA*, *PIK3CA*

Rearanżacje genowe: *ABL1*, *AKT3*, *ALK*, *AXL*, *BRAF*, *EGFR*, *ERBB2*, *ERG*, *ETV1*, *ETV4*, *ETV5*, *FGFR1/2/3*, *MET*, *NTRK1/2/3*, *PDGFRA*, *PPARG*, *RAF1*, *RET*, *ROS1*

Cel badania:

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

Informacje o materiale przesyłanym do badania:

Rozpoznanie patomorfologiczne oraz rodzaj materiału przeznaczanego do badania (miejsce pobrania, bloczek parafinowy, krew obwodowa, inne):

.....

Nr bloczka parafinowego/próbki krwi:.....

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