

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](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 wykrycia nieprawidłowości molekularnych w niedrobnokomórkowym raku płuca

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

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

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

### Rodzaj badania:

- mutacje w genie *EGFR*
- mutacje w genie *KRAS*
- mutacje w genie *BRAF*
- ekspresja PD-L1 metodą IHC
- ekspresja ALK metodą IHC
- rearanżacja genu *ALK* metodą FISH
- rearanżacja genu *ROSI* metodą FISH
- badanie wariantów genetycznych techniką NGS [ w przypadku niewystarczającej jakości lub ilości materiału genetycznego wyizolowanego z bloczka parafinowego oznaczenie pojedynczych genów: **EGFR, KRAS, BRAF, ALK FISH, ALK IHC, ROSI 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*