

Průvodní list k prediktivnímu vyšetření

Žadatel:		Zkratka žadatele:	
IČP	Odbornost:	Datum žádosti:	
Příjmení a jméno:		Č. pojištěnce:	
Adresa:		Poj:	
Urgentnost:	Pohlaví:	Narozen/a:	

VYPLNÍ ŽADATEL:

Diagnóza (slovně + MKN-10 kód):		
Datum odběru, eventuálně číslo biopsie/cytologie:		
Lokalizace: <input type="checkbox"/> primární nádor (lokality): <input type="checkbox"/> metastáza (lokality):	Materiál: <input type="checkbox"/> parafinový blok <input type="checkbox"/> jiný: <input type="checkbox"/> periferní krev	
Indikovaná vyšetření: <input type="checkbox"/> PD-L1 (klon 22C3): <input type="checkbox"/> TPS <input type="checkbox"/> MMR <input type="checkbox"/> BRAF <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> CPS <input type="checkbox"/> MSI <input type="checkbox"/> BRCA 1/2 <input type="checkbox"/> ALK (IHC/FISH) <input type="checkbox"/> EGFR <input type="checkbox"/> POLE <input type="checkbox"/> ROS1 (IHC/FISH) <input type="checkbox"/> KRAS <input type="checkbox"/> p53/TP53 <input type="checkbox"/> HER2 (IHC/FISH) <input type="checkbox"/> NRAS <input type="checkbox"/> Fúzní geny (Idylla): ALK, ROS, RET, MET, NTRK1, NTRK2, NTRK3		
NGS panel genů (DNA/RNA): <input type="checkbox"/> prediktivní testování u NSCLC <input type="checkbox"/> prediktivní testování u karcinomu prsu <input type="checkbox"/> prediktivní testování u kolorektálního karcinomu <input type="checkbox"/> jiné: <input type="checkbox"/> prediktivní testování u dalších solidních nádorů a neznámého primárního origa		

doplňující informace:	Jméno lékaře (razítko, podpis):
------------------------------	--

VYPLNÍ LABORATOŘ:

přijal (jméno, datum, čas):	poznámka:
číslo biopsie/cytologie:	
číslo parafinového bloku/nátěru:	
procento nádorových buněk:	vyšetřující lékař: