

1.

Vizsgálatkérő lap

Dr. Kovalszky Iлона
egyetemi tanár
Semmelweis Egyetem
I. sz. Patológiai és Kísérleti Rákkutató Intézet
Molekuláris Diagnosztikai Labor,
1085 Budapest, Üllői út 26
Tel: 06-1-459-1500/54426, 54449, FAX: 06-1-317-1074

Kérem az alábbi betegünkknél :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1. K-ras mutáció analízis | <input type="checkbox"/> 2. N-ras mutáció analízis |
| <input type="checkbox"/> 3. EGFR immunhiszt. | <input type="checkbox"/> 4. EGFR mutáció analízis szekvenálással |
| <input type="checkbox"/> 5 EML-ALK FISH | <input type="checkbox"/> 6. BRCA szekvenálás |
| <input type="checkbox"/> 7. BRAF szekvenálás | <input type="checkbox"/> 8. HER2 FISH |
| <input type="checkbox"/> 9. Egyéb.....- vizsgálat elvégzését ! | |

Kérés x-szel jelölendő!

szövetteni diagnózis:

Beteg neve:..... Születési ideje:.....

Anyja neve:..... TAJ száma:.....

Lakcíme: Irányító száma:

Az onkológiai kezelést végző, vizsgálatkérő intézmény neve, címe:

Vizsgálatkérő orvos neve:..... Pecsétszáma:

Vizsgálatkérő osztály finanszírozási kódja:

Ambuláns: - A beteg naplósorszáma: vagy

Fekvő: - A beteg törzsszáma:.....
(Egyetemi kéréseket kérjük a pa10-re feladni és vizsgálatkérőt küldeni szíveskedjenek!)

A vizsgálati mintát az alábbi patológiai osztály küldi:

.....

A vizsgálat ideje:, lelet száma:..... BNO kód:.....

Dátum:..... Tisztelettel:

aláírás

pecsét helye:

2.

T. Cím:

Tisztelt Patológiai Osztály!

Kérem betegem (név):TAJ:.....

szül. idő:....., anyja neve:.....

Lakcíme:.....,

.....sz. anyagának blokkjait/ metszeteit/ keneteit a hozzátartozó **kórszövettani**

vagy citológiai lelet másolatával együtt a további gyógykezeléshez szükséges

mutáció analízis céljából a Semmelweis Egyetem I. sz. Patológiai és Kísérleti Rákkutató

Intézet Molekuláris Diagnosztikai Laboratóriumába (Budapest, 1085 Üllői út 26.) eljuttatni

szíveskedjenek.

Dátum:

Vizsgálatkérő címe:

Köszönettel:

.....