

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"/> CPS	<input type="checkbox"/> MSI
<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"/> Claudin 18.2
<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: