

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



Materiał do badania należy wysłać do laboratorium **kurierem TNT**:  
**Infolinia TNT: 801310000** Nr klienta: **283 855 ACC**  
(płatnikiem jest firma GENIM)

## Zlecenie badania laboratoryjnego w celu wykrycia nieprawidłowości molekularnych w raku piersi

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

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

### Rodzaj badania:

- Ocena mutacji w genie *BRCA1* techniką NGS
  - Ocena mutacji w genie *BRCA2* techniką NGS
  - Ocena mutacji germinalnych w genie *BRCA1* (c.5266dupC, c.181T>G, c.4035delA, c.66\_67delAG, c.3819delGTAAA) techniką sekwencjonowania Sangera
  - Ocena mutacji germinalnych w genie *BRCA1* (c.7913\_7917delTTCCT, c.7912T>C, c.7914T>G, c.9371A>T, c.1310\_1313delAAGA, c.9403delC) techniką sekwencjonowania Sangera
  - inne badanie: .....\*
- \*właściwie zaznaczyć*

### Informacje o materiale przesyłanym do badania:

Rozpoznanie patomorfologiczne oraz rodzaj materiału przeznaczony 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*