

 Świętokrzyskie Centrum Onkologii Zakład Patologii Nowotworów PRACOWNIA FISH 25-734 Kielce, ul.Artwińskiego 3, tel. 41 367 42 20, 41 367 42 21		SKIEROWANIE NA BADANIE FISH		Pieczęć jednostki kierującej																								
NAZWISKO																												
IMIĘ																												
PESEL		DATA URODZENIA																										
NUMER HIS. CHOR.		PŁEĆ K M																										
ADRES ZAMIESZKANIA:																												
DATA ZLECENIA/...../..... RODZAJ MATERIAŁU: ☐ SZPIK ☐ KREW OBWODOWA ☐ BŁOCZEK PARAFINOWY		DATA I GODZINA POBRANIA/...../.....:..... DATA I GODZINA PRZYJĘCIA:/...../.....:..... OSOBA POIERAJĄCA OSOBA PRZYJMUJĄCA																										
DOTYCHCZASOWE LECZENIE		ROZPOZNANIE																										
Priorytet badania ☐ Rutynowy ☐ Pilny																												
<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td>☐ BCR/ABL</td> <td>☐ IGH/CCND1</td> <td>☐ MLL</td> <td>☐ IGH/BCL6</td> </tr> <tr> <td>☐ RUNX1/RUNX1T1</td> <td>☐ IGH/MYC, Cep8</td> <td>☐ RARA</td> <td>☐ Cen12</td> </tr> <tr> <td>☐ PML/RARA</td> <td>☐ CLL panel (p53, ATM, 13q14, 13q34, Cep 12)</td> <td>☐ CBFB</td> <td>☐ EBV-CISH</td> </tr> <tr> <td>☐ ETV6(TEL)/RUNX1(AML1)</td> <td>☐ p53 (17p13)</td> <td>☐ Cep 8</td> <td>☐ ROS1</td> </tr> <tr> <td>☐ IGH/BCL2</td> <td>☐ ATM (11q22)</td> <td>☐ MYC</td> <td>☐ HER2/neu</td> </tr> <tr> <td>☐ ALK</td> <td>☐ BCL2</td> <td>☐ BCL6</td> <td></td> </tr> </table>					☐ BCR/ABL	☐ IGH/CCND1	☐ MLL	☐ IGH/BCL6	☐ RUNX1/RUNX1T1	☐ IGH/MYC, Cep8	☐ RARA	☐ Cen12	☐ PML/RARA	☐ CLL panel (p53, ATM, 13q14, 13q34, Cep 12)	☐ CBFB	☐ EBV-CISH	☐ ETV6(TEL)/RUNX1(AML1)	☐ p53 (17p13)	☐ Cep 8	☐ ROS1	☐ IGH/BCL2	☐ ATM (11q22)	☐ MYC	☐ HER2/neu	☐ ALK	☐ BCL2	☐ BCL6	
☐ BCR/ABL	☐ IGH/CCND1	☐ MLL	☐ IGH/BCL6																									
☐ RUNX1/RUNX1T1	☐ IGH/MYC, Cep8	☐ RARA	☐ Cen12																									
☐ PML/RARA	☐ CLL panel (p53, ATM, 13q14, 13q34, Cep 12)	☐ CBFB	☐ EBV-CISH																									
☐ ETV6(TEL)/RUNX1(AML1)	☐ p53 (17p13)	☐ Cep 8	☐ ROS1																									
☐ IGH/BCL2	☐ ATM (11q22)	☐ MYC	☐ HER2/neu																									
☐ ALK	☐ BCL2	☐ BCL6																										
Zgoda pacjenta na wykonanie badania molekularnego ☐ TAK ☐ NIE																												
Ilość zleconych badań Podpis lekarza kierującego:																												

 Świętokrzyskie Centrum Onkologii Zakład Patologii Nowotworów PRACOWNIA FISH 25-734 Kielce, ul.Artwińskiego 3, tel. 41 367 42 20, 41 367 42 21		SKIEROWANIE NA BADANIE FISH		Pieczęć jednostki kierującej																								
NAZWISKO																												
IMIĘ																												
PESEL		DATA URODZENIA																										
NUMER HIS. CHOR.		PŁEĆ K M																										
ADRES ZAMIESZKANIA:																												
DATA ZLECENIA/...../..... RODZAJ MATERIAŁU: ☐ SZPIK ☐ KREW OBWODOWA ☐ BŁOCZEK PARAFINOWY		DATA I GODZINA POBRANIA/...../.....:..... DATA I GODZINA PRZYJĘCIA:/...../.....:..... OSOBA POIERAJĄCA OSOBA PRZYJMUJĄCA																										
DOTYCHCZASOWE LECZENIE		ROZPOZNANIE																										
Priorytet badania ☐ Rutynowy ☐ Pilny																												
<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td>☐ BCR/ABL</td> <td>☐ IGH/CCND1</td> <td>☐ MLL</td> <td>☐ IGH/BCL6</td> </tr> <tr> <td>☐ RUNX1/RUNX1T1</td> <td>☐ IGH/MYC, Cep8</td> <td>☐ RARA</td> <td>☐ Cen12</td> </tr> <tr> <td>☐ PML/RARA</td> <td>☐ CLL panel (p53, ATM, 13q14, 13q34, Cep 12)</td> <td>☐ CBFB</td> <td>☐ EBV-CISH</td> </tr> <tr> <td>☐ ETV6(TEL)/RUNX1(AML1)</td> <td>☐ p53 (17p13)</td> <td>☐ Cep 8</td> <td>☐ ROS1</td> </tr> <tr> <td>☐ IGH/BCL2</td> <td>☐ ATM (11q22)</td> <td>☐ MYC</td> <td>☐ HER2/neu</td> </tr> <tr> <td>☐ ALK</td> <td>☐ BCL2</td> <td>☐ BCL6</td> <td></td> </tr> </table>					☐ BCR/ABL	☐ IGH/CCND1	☐ MLL	☐ IGH/BCL6	☐ RUNX1/RUNX1T1	☐ IGH/MYC, Cep8	☐ RARA	☐ Cen12	☐ PML/RARA	☐ CLL panel (p53, ATM, 13q14, 13q34, Cep 12)	☐ CBFB	☐ EBV-CISH	☐ ETV6(TEL)/RUNX1(AML1)	☐ p53 (17p13)	☐ Cep 8	☐ ROS1	☐ IGH/BCL2	☐ ATM (11q22)	☐ MYC	☐ HER2/neu	☐ ALK	☐ BCL2	☐ BCL6	
☐ BCR/ABL	☐ IGH/CCND1	☐ MLL	☐ IGH/BCL6																									
☐ RUNX1/RUNX1T1	☐ IGH/MYC, Cep8	☐ RARA	☐ Cen12																									
☐ PML/RARA	☐ CLL panel (p53, ATM, 13q14, 13q34, Cep 12)	☐ CBFB	☐ EBV-CISH																									
☐ ETV6(TEL)/RUNX1(AML1)	☐ p53 (17p13)	☐ Cep 8	☐ ROS1																									
☐ IGH/BCL2	☐ ATM (11q22)	☐ MYC	☐ HER2/neu																									
☐ ALK	☐ BCL2	☐ BCL6																										
Zgoda pacjenta na wykonanie badania molekularnego ☐ TAK ☐ NIE																												
Ilość zleconych badań Podpis lekarza kierującego:																												