

ŽÁDANKA O TESTOVÁNÍ RAS MUTACÍ



V *Laboratoři Molekulární Patologie (LaMPa)*

Ústav patologie a molekulární medicíny (ÚPMM), 2.LF UK a FNM

Přednosta: prof. MUDr. Roman Kodet, CSc.

V Úvalu 84, 150 06 Praha 5- Motol, Modrý pavilon, dospělá část, 2A, tel:224435650, 224435622

Odesílatel (oddělení, ústav, adresa):

Příjmení a jméno pacienta:

Rodné číslo:

Pojišťovna (kód):

Diagnóza/kód (MKN):

Vyšetření standardního spektra mutací v exonu genu KRAS provedeno bylo/bude:

ano ne
Vyznačte použitou metodiku

Materiál: (zaškrtněte)

Parafínové řezy (č. BS)

Kryostatové řezy (č. BS)

*Jiné (DNA+ konc.,
metoda izolace)*

Procento nádorových buněk ve vzorku BS:

HE sklo: ano

Kopie žádosti klinického lékaře: ano

Požadované RAS vyšetření:

(zaškrtněte)

nový pacient - vyšetření mutací RAS

pacient na léčbě - dovyšetření mutací KRAS exon 4 a NRAS exon 2, 3 a 4

Odesláno dne.....
Došlo dne.....

Čitelný podpis lékaře
razítko