

Zdravotnická laboratoř č. 8279 akreditovaná ČIA podle ČSN EN ISO 15189 ed.3:2023

Vzorky zasílat na adresu: **Elphogene, s.r.o.**Drnovská 1112/60
161 00 Praha 6 - Ruzyně

Pacient: (jméno a příjmení)	Pohlaví:	Vyplňuje laboratoř
Číslo pojištění:	Číslo ZP:	Kód vzorku:
Základní Diagnóza:	Ostatní Diagnózy:	Datum přijetí vzorku:
IČZ:	Odbornost:	Čas přijetí vzorku:
		Podpis pracovníka:
		Datum odeslání výsledku:

Datum a čas odběru biologického materiálu:

☐ krev/plazma ☐ vzorek tkáně – bloček ☐ vzorek tkáně – sklíčko ☐ vzorek tkáně – nativní tkáňOstatní biologický
materiál:

Popis:

Označení biologického materiálu:

Požadované vyšetření:☐ oncoMonitorzahrnuje vyšetření: *EGFR* exon 19*, 20*, 21*, *KRAS* exon 2*, 3*, 4*, *APC* exon 15, *TP53* exon 5, 6, 7, 8, *BRAF* exon 15*, *PIK3CA* (exon 9)

*akreditované vyšetření

Další vyšetření:

Odběr vzorků k vyšetření lidské DNA byl proveden s informovaným souhlasem pacienta. Souhlas je založen v lékařské dokumentaci pacienta.

Pacient souhlasí: ☐ s uložením vzorku pro další analýzu
☐ s anonymním využitím DNA k lékařskému výzkumu

Pacient nesouhlasí: ☐ s uložením vzorku pro další analýzu
☐ s anonymním využitím DNA k lékařskému výzkumu

Kontrola dodání informovaného souhlasu do laboratoře (vyplňuje zaměstnanec laboratoře):

Poznámka:

Razítko, jméno a podpis lékaře