

OBJEDNÁVKA TESTŮ MAMMAPRINT A BLUEPRINT

SEKCE 1: INFORMACE O PACIENTOVĚ

Jméno a příjmení pacientky _____

Rodné číslo _____ Zdravotní pojišťovna _____

SEKCE 2: INFORMACE O VZORKU

Zde nalepte čárový kód, který naleznete na
spodní straně víčka boxu.

Datum operace:

Druh vzorku: _____

Číslo bločku: _____

SEKCE 3: INDIKAČNÍ KRITÉRIA A DRUH NÁDORU

Indikační kritéria pro úhradu genomického testu MammaPrint z prostředků veřejného zdravotního pojištění jsou stanovena na základě vyhodnocení klinického rizika ve studii MINDACT. K testu je indikován nově diagnostikovaný invazivní karcinom prsu, ER+, HER2-, stádium T1 nebo T2, velikost nádoru do 5 cm, N0, N1mic, N1-N3.

Vyberte jednu z níže uvedených možností (pokud nádor nelze zařadit, pak nesplňuje indikační kritéria pro provedení testu) _____

SEKCE 4: INFORMACE O OŠETŘUJÍCÍM LÉKAŘI

Objednávající lékař _____

Nemocnice/Instituce/Oddělení _____

E-mail lékaře _____ Telefon _____

Podmínkou úhrady je kladné rozhodnutí multidisciplinárního týmu Komplexního onkologického centra. Nejste-li lékař KOC, uveďte jméno KOC, jehož multidisciplinární tým použití testu schválil:

Komplexní onkologické centrum: _____

SEKCE 5: PODPIS LÉKAŘE

Léčím tuto pacientku a došel(a) jsem k závěru, že testy, které objednávám jsou důležité pro léčbu pacientky, protože předpokládám, že testy nám poskytnou prognostické a prediktivní informace, které dosud nemáme. Potvrzuji, že pacientka byla poučena a podepsala informovaný souhlas s poskytnutím vzorku tkáně a osobních údajů za účelem provedení vyšetření genomickým testem MammaPrint.

Datum _____ Podpis _____

SEKCE 6: KONTAKT NA PATOLOGA (VRÁCENÍ VZORKU)

Jméno patologa _____ Telefon _____

Nemocnice/Instituce _____

Adresa, kam má být vzorek vrácen _____