

DEBRECENI EGYETEM, KLINIKAI KÖZPONT
LABORATÓRIUMI MEDICINA • www.labmed.hu

Vizsgálatot kérő intézmény kódja:

Naplósorszám/törzsszám:

Intézmény név, cím, osztály:

TB AZONOSÍTÓ JEL:

NEM: férfi nő

SZÜLETÉSI DÁTUM: év hó nap

VEZETÉKNÉV: UTÓNÉV:

LAKCÍM:

DIAGNÓZIS: BNO KÓD:

Térítési kategória: **Feltétlenül kitöltendő, ld. a hátoldalon!**

VIZSGÁLATKÉRŐ ORVOS: telefonszám:

PH.

DÁTUM: év hó nap

orvosi pecsétszám:

KÉRŐLAP VELESZÜLETETT BRCA1,2 GÉN MUTÁCIÓK KIVIZSGÁLÁSÁRA • Tel: (52) 255-039

CSALÁDVIZSGÁLAT ESETÉN AZON CSALÁDTAGOK NEVE ÉS ROKONSÁGI FOKA, AKIKTŐL MINTÁT KÜLDTEK:

VIZSGÁLATI MINTA: citrátos vér EDTA-s vér **A mintát nem szabad lefagyasztani!**

A. Emlőrák diagnózis (beleértve az invazív és ductális carcinomát) az alábbi anamnesztikus adatok bármelyikével:	
≤ 50 éves korban felállított emlőrák diagnózis	<input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem
Triple-negatív emlőrák ≤ 60 éves korban felállított diagnózissal	<input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem
Primer bilaterális emlőrák vagy két különálló, egyidejűleg vagy egymás után kialakult primer emlőrák	<input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem
Férfi emlőrák	<input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem
Bármilyen életkorban kialakult emlőrák az alábbiak valamelyikével	
- Legalább 1 vérrokon, akinél ≤ 50 éves korban diagnosztizáltak emlőrákot, vagy	<input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem
- Legalább 1 vérrokon, akinél petefészek, petevezeték vagy primer peritoneális rákot diagnosztizáltak bármely életkorban, vagy	<input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem
- Legalább 1 vérrokon, akinél férfi emlő-, hasnyálmirigy- és/vagy prosztatatarákot (Gleason-score ≥ 7) diagnosztizáltak bármely életkorban, vagy	<input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem
- Legalább 2 vérrokon, akiben bármely életkorban emlőrák alakult ki	<input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem
B. Petefészekrák, hasnyálmirigy, metasztázist adó prosztatatarák vagy férfi emlőrák diagnózis	<input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem
C. Saját és/vagy családi anamnézis - a rák kialakulását elősegítő ismert vagy feltehetően patogén mutáció a családon belül vagy a tumor analízisekor	<input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem
Ha igen, a korábban detektált mutáció:	
D. Családi anamnézis - az alábbi három vagy több diagnózis a család ugyanazon ágán:	
Emlőrák, sarcoma, mellékvese carcinoma, agytumor, vagy leukémia (különösen ≤ 50 éves korban diagnosztizált esetek)	<input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem
Vastagbél-, endometrium, pajzsmirigy- vagy veserák, Cowden-szindróma (bőrgyógyászati tünetek), macrocephalia, vagy gasztraintesztinális hemartomatosus polipok	<input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem
Lobuláris emlőrák, diffúz gyomorrák	<input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem
Emlőrák, gastrointestinalis tumor, vagy hamartomatosus polipok, ivarléc eredetű petefészekrák, hasnyálmirigy, Sertoli sejtes tumor vagy gyermekkori bőrpigmentációs eltérések	<input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem
E. Nincs daganatos megbetegedés, de az alábbi anamnesztikus körülmények valamelyike fennáll:	
Első- vagy másodfokú vérrokon az alábbi diagnózissal: emlődaganat ≤ 45 éves korban történt diagnózissal, petefészekrák, férfi emlőrák, hasnyálmirigy, vagy metasztázist adó prosztatatarák (ezekben az esetekben az érintett családtag vizsgálata javasolt)	<input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem
Első- vagy másodfokú vérrokon ≥ 2 primer tumorgóccal, vagy a család ugyanazon ágán emlőrákos rokon ≤ 50 éves korban történt diagnózissal	<input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem
F. Ashkenázi zsidó származás emlőrákkal vagy magas grádusú (Gleason-score ≥ 7) prosztatatarákkal	<input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem

A vizsgálat elvégzésének előfeltétele minden sor kitöltése, és legalább egy „igen” bejelölése, valamint a vizsgált személy által aláírt beleegyező nyilatkozat csatolása a kérelaphoz. A beleegyező nyilatkozat letölthető intézetünk honlapjáról (www.labmed.hu).

**DEBRECENI EGYETEM, KLINIKAI KÖZPONT
LABORATÓRIUMI MEDICINA**

ÚTMUTATÓ A LABORATÓRIUMI VIZSGÁLATKÉRŐ LAP KITÖLTÉSÉHEZ

A KÉRŐLAPOT KÉRJÜK NYOMTATOTT NAGYBETŰKKEL KITÖLTENI!

VIZSGÁLATOT KÉRŐ INTÉZMÉNY KÓDJA

Az intézmény és/vagy szakrendelés kilenc jegyű ÁNTSZ kódja.

DIAGNÓZIS

Feltétlenül kitöltendő!

TÉRÍTÉSI KATEGÓRIA

Feltétlenül kitöltendő!

A négyzetbe az alábbiak közül a megfelelő szám vagy betűjel írandó be.

1. Magyar egészségbiztosítás alapján (járóbeteg szak- és alapellátás)
4. Egyéb nem magyar biztosítás alapján
6. Fekvő beteg részére végzett ellátás
- D. Menekült, menedékes státuszt kérelmező
- E. Elszámoláson alapuló nemzetközi szerződés alapján történő ellátás, közösségi szabály alapján történő ellátás

VIZSGÁLATKÉRŐ ORVOS

A vizsgálatot kérő orvos neve ill. pecsétje.

TELEFONSZÁM

Amelyen szükség esetén konzultáció vagy sürgős eredményközlés céljából elérhető a vizsgálatot kérő orvos.

MEGJEGYZÉS

A vizsgálatkéréssel vagy mintákkal kapcsolatos megjegyzések.

VIZSGÁLATOK KÉRÉSE

A megfelelő négyzetbe **X** jelöléssel történik.

A csillaggal (*) jelzett vizsgálatoknál kérjük, hogy a módszertani levélnek megfelelően járjanak el.

VIZSGÁLATI MINTA

A minta típusát a megfelelő négyzetben **X**-szel jelölje.

A vizsgálati mintát postai úton is el lehet küldeni. A mintát nem szabad lefagyasztani, elküldésig +4 °C-on kérjük tárolni!

A VIZSGÁLAT LELETÁTFORDULÁSI IDEJE (TAT) 8 HÉT.