NÁRODNÝ ONKOLOGICKÝ ÚSTAV
umenie liečiť
Klenová 1
833 10 Bratislava
Slovenská republika

ŽIADANKA NA GENETICKÉ VYŠETRENIE MUTÁCIÍ VYBRANÝCH GÉNOV

Adresát: **Oddelenie lekárskej genetiky**
Národný onkologický ústav
Klenová 1, 833 10 Bratislava

Kontakt: **Príjem materiálu:** 02 /59 378 640
Informácie ohľadom odberu materiálu: 02 /59 378 384
www.nou.sk/oddelenie-lekárskej-genetiky

VYPĹŇA LEKÁR ŽIADAJÚCI O GENETICKÉ VYŠETRENIE

IDENTIFIKAČNÉ ÚDAJE PACIENTA

Priezvisko ..... Pohlavie .....
Meno ..... Rodné číslo .....
ID hosp. prípadu ..... Poisťovňa .....
Diagnóza .....
..... **MKCH kód** .....

MATERIÁL

☐ parafínový blok (FFPE)
☐ periférna krv
☐ iné: .....

Číslo biopsie
.....

Žiadam vyšetriť:

☐ ***KRAS/ NRAS*** somatické mutácie v exonóch 2, 3, 4 (kodón 12, 13, 59, 61, 117, 146)

☐ ***BRAF*** somatické mutácie v kodóne 600

☐ **Mikrosatelitová instabilita (MSI)**
- je potrebné dodať aj vzorku nenádorového tkaniva alebo periférnej krvi pacienta

☐ ***HER2*** - FISH vyšetrenie z FFPE

☐ FISH vyšetrenie z FFPE iné: .....

☐ ***DPYD*** - vyšetrenie z *periférnej krvi* pri indikácii liečby fluoropyrimidínmi

☐ ***UGT1A1*** - vyšetrenie z *periférnej krvi* pri indikácii liečby irinotékanom

☐ ***EGFR*** - molekulové vyšetrenie EGFR aktivujúcich mutácii z FFPE alebo z periférnej krvi (cfDNA)

☐ ***BRCA1*** a ***BRCA2*** - z *nádorového tkaniva* (ovariálny karcinóm)

Dátum: .....

Podpis a pečiatka indikujúceho lekára:

POZNÁMKY:

- **Odporúčame fixované tkanivo z primárneho nádoru s maximálnou infiltráciou nádorových buniek.**
- **Ak je zaslaný iný typ tkaniva (uzlina, metastáza), výsledky analýzy génu nemusia súhlasiť s mutáciami detekovanými v primárnom tumore!**

- **Pre vyšetrenie RAS mutácií podľa platných metodických usmernení:**
  - je pre relevantnosť výstupu potrebné minimálne 50% zastúpenie nádorových buniek (hodnotí patológ), inak hrozí falošná negativita výstupu (Vestník MZ SR č. S8193-2010-OZS).

- - - -