

ΠΑΡΑΠΕΜΠΤΙΚΟ ΕΞΕΤΑΣΕΩΝ

Συμπαγείς όγκοι

ΕΘΝΙΚΟ
ΔΙΚΤΥΟ
ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΑΚΡΙΒΕΙΑΣ
Ο Γ Κ Ο Λ Ο Γ Ι Α

Ημ/νία Έκδοσης : ____/____/____

Αριθμός : - -

Στοιχεία ασθενούς	Κωδικός : _____ Φύλο : _____ Ηλικία : _____
Στοιχεία παραπέμποντος ιατρού	Επώνυμο : _____ Όνομα : _____ Νοσοκομείο/ Διεύθυνση : _____ Τηλέφωνο : _____ Φαξ : _____ Email : _____
Διάγνωση	_____ _____
Στάδιο νόσου	_____ _____
Τύπος δείγματος	_____
Κωδ. κύβου παραφίνης	_____
Φάση νόσου	_____ _____
Λοιπές πληροφορίες:	_____ _____ _____ _____ _____

Ημ/νία Έκδοσης : ____/____/____

Αριθμός :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Αιτούμενες
εξετάσεις**

Panel συμπαγών όγκων*

Συμπληρώνεται από το εργαστήριο

Ημερομηνία παραλαβής : ____/____/____

Ώρα παραλαβής : ____:____

Εσωτερικός κωδικός δείγματος: _____

Ο παραλαβών

Όνοματεπώνυμο : _____

Υπογραφή : _____

*ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Panel συμπαγών όγκων				
AKT1	CDKN2A	IDH2	MLH1	PTEN
ALK	CHEK1	JAK2	MSH2	RAD50
AR	CHEK2	JUN	MSH6	RAD51
ATM	CTNNB1	KDR	mTOR	RB1
BCL2	EGFR	KIT	MYC	RET
BRAF	ERBB2	KMT2C	NF1	ROS1
BRCA1	ERBB4	KRAS	NOTCH1	SMAD4
BRCA2	ESR1	MAP2K1	NRAS	STAT3
CCND1	FGFR1	MDM2	PALB2	STK11
CCNE1	FGFR2	MDM4	PDGFRA	TP53
CDK4	FGFR3	MEN1	PIK3CA	
CDK6	IDH1	MET	PIK3CB	