



ФГБУ "НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова" Минздрава России
Научная лаборатория молекулярной онкологии
тел. 8 (812) 439-95-28

Направление на генетическое тестирование наследственных мутаций

Материал: **КРОВЬ**

НОМЕР КАРТЫ*:

Отметить требуемое:

- ☐ Панель 1: BRCA1 5382insC, 185delAG, 4153delA; BRCA2 6174delT
☐ Панель 2: BRCA1 C61G, 3875del4, 3819del5, 2080delA
☐ Панель 3: CHEK2 1100delC, del5395, IS2+1G>A, BLM Q548X

Лечащий/направивший врач:

Отделение:

Дата:

Фамилия, И.О. _____ **Возраст** _____

Диагноз, TNM

Операция УЖЕ БЫЛА ИЛИ ПЛАНИРУЕТСЯ (ДАТА) _____

Морфологический диагноз (результаты гистологии и/или иммуногистохимии):

Семейный анамнез (злокачественные опухоли у родственников: **какая** опухоль, в каком возрасте (можно примерный возраст):

мать _____; отец _____;

сестры/братья _____;

бабушка (по матери) _____; дед (по матери) _____;

сестры/братья матери _____; сестры/братья отца _____;

бабушка (по отцу) _____; дед (по отцу) _____;

другие родственники _____.

Если нет сведений, отметить это

Контактный телефон пациента: _____

e-mail (для отправки результатов): _____