



Направление на генетическое тестирование наследственных мутаций

Материал: **КРОВЬ**

Отметить требуемое:

	BRCA1 (рак молочной железы, рак яичников, ...)
	BRCA2 (рак молочной железы, рак яичников, ...)
	RET (медуллярная карцинома щитовидной железы, феохромоцитома, синдром MEN2A, MEN2B, ...)
	MEN1 (синдром MEN1, ...)
	APC (семейный аденоматозный полипоз)
	MUTYH (MUTYH-ассоциированный полипоз)
	BMPR1A, SMAD4 (ювенильный полипоз)
	MLH1, MSH2, MSH6 (синдром Линча). Сначала необходимо тестирование гист. материала на MSI!
	TSC1, TSC2 (туберозный склероз)
	UGT (синдром Жильбера)
	VHL (болезнь Гиппеля - Линдау)
	RB1 (ретинобластома)
	Другое (указать, что именно)
	Таргетное секвенирование ДНК

Лечащий/направивший врач:

Отделение, ЛПУ:

Дата:

Фамилия, И.О. _____ **Возраст** _____ **Пол** _____

Диагноз, TNM

Операция (дата) _____

Морфологический диагноз (результаты гистологии и/или иммуногистохимии) (при наличии):

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

мать _____ ;

сестры/братья матери _____ ;

отец _____ ;

сестры/братья отца _____ ;

сестры/братья _____ ;

бабушка (по матери) _____ ;

другие родственники _____ ;

дед (по матери) _____ ;

другие родственники _____ ;

бабушка (по отцу) _____ ;

другие родственники _____ ;

дед (по отцу) _____ ;

Если нет сведений, отметить это

Контактный телефон пациента: _____

e-mail (для отправки результатов): _____

Обязательно заполнение всех полей