



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**

Отметить требуемое:

<input type="checkbox"/>	BRCA1 (рак молочной железы, рак яичников, ...)
<input type="checkbox"/>	BRCA2 (рак молочной железы, рак яичников, ...)
<input type="checkbox"/>	RET (медуллярная карцинома щитовидной железы, феохромоцитома, синдром MEN2A, MEN2B, ...)
<input type="checkbox"/>	MEN1 (синдром MEN1, ...)
<input type="checkbox"/>	APC (семейный аденоматозный полипоз)
<input type="checkbox"/>	MUTYH (MUTYH-ассоциированный полипоз)
<input type="checkbox"/>	BMP1A, SMAD4 (ювенильный полипоз)
<input type="checkbox"/>	MLH1, MSH2, MSH6 (синдром Линча). Сначала необходимо тестирование гист. материала на MSI!
<input type="checkbox"/>	TSC1, TSC2 (туберозный склероз)
<input type="checkbox"/>	UGT (синдром Жильбера)
<input type="checkbox"/>	VHL (болезнь Гиппеля - Линдау)
<input type="checkbox"/>	RB1 (ретинобластома)
<input type="checkbox"/>	Другое (указать, что именно)
<input type="checkbox"/>	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 _____;
отец _____;
сестры/братья _____;
другие родственники _____

сестры/братья матери _____;
сестры/братья отца _____;
бабушка (по матери) _____;
дед (по матери) _____;
бабушка (по отцу) _____;
дед (по отцу) _____;

Если нет сведений, отметить это

Контактный телефон пациента: _____

e-mail (для отправки результатов): _____

Обязательно заполнение всех полей