



התוכנית לרפואה מותאמת אישית

טופס הזמנת בדיקות מולקולאריות (ט. 110)

נא להעביר בקשה זו לפקס בצירוף טופס ויתור סודיות ודו"ח היסטולוגי

הבדיקה: בדיקת מוטציה ב: BRAF ברקמת גידול (קוד בדיקה: 60035)

פרטי החולה:

ת.ז. | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | שם משפחה _____ שם פרטי _____ מין: 1.זכר, 2. נקבה

פרטי המחלה:

תאריך האבחון: | - | - | / | - | - | / | - | - | שלב המחלה בעת האבחון: T | - | N | - | M | - |

תאריך הופעת גרורות: | - | - | / | - | - | / | - | - | מיקום גרורות: 1. כבד, 2. ריאה, 3. מח, 4. עצם, 5. אברי בטן

כל בתי החולים/מוסדות בהם נלקחו דגימות רקמה (ביופסיה, ניתוח, גרורות): _____

מכון אונקולוגי מטפל: _____

פרטי הרופא המפנה:

שם: _____ בי"ח _____ טלפון _____ פקס _____

דואר אלקטרוני רופא מפנה _____ חתימה וחותמת הרופא _____

דואר אלקטרוני לקבלת אישור על קבלת טופס 17 לבקשה _____

תאריך הבקשה: | - | - | / | - | - | / | - | - |