

ΠΑΡΑΠΕΜΠΤΙΚΟ ΕΞΕΤΑΣΕΩΝ
Κληρονομικά σύνδρομα καρκίνου



Ημ/νία Έκδοσης : ____/____/____

Αριθμός : - -

Στοιχεία ασθενούς	Κωδικός : _____ Φύλο : _____ Ηλικία : _____
Στοιχεία παραπέμποντος ιατρού	Επώνυμο : _____ Όνομα : _____ Νοσοκομείο/ Διεύθυνση : _____ Τηλέφωνο : _____ Φαξ : _____ Email : _____
Ηλικία διάγνωσης	_____
Τύπος διάγνωσης	_____
Ατομικό ογκολογικό ιστορικό: _____ _____ _____ _____	
Οικογενειακό ογκολογικό ιστορικό: _____ _____ _____	
Άλλα σχόλια/Λοιπές πληροφορίες: _____ _____ _____	

Ημ/νία Έκδοσης : ____/____/____

Αριθμός : - -

**Αιτούμενες
εξετάσεις**

Συμπληρώνεται από το εργαστήριο

Ημερομηνία παραλαβής : ____/____/____ Ώρα παραλαβής : ____:____

Εσωτερικός κωδικός δείγματος: _____

Ο παραλαβών

Όνοματεπώνυμο : _____ Υπογραφή : _____

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Panel κληρονομικών συνδρόμων

APC	CDKN2A	MSH6	RAD51C	SMAD4
ATM	CHEK2	MUTYH	RAD51D	STK11
BAP1	DICER1	NBN	RB1	TP53
BLM	FANCM	NF1	RECQL4	TSC1
BMPR1A	FH	NF2	RET	TSC2
BRCA1	FLCN	PALB2	SDHB	VHL
BRCA2	MEN1	PMS1	SDHC	
BRIP1	MLH1	PMS2	SDHD	
CDH1	MSH2	PTEN	SLX4	