

Formularz poprzedzający badanie

1. Informacje o kliencie:

Imię i nazwisko zgłaszającego urologa: _____ Szpital/Przychodnia: _____

Adres: _____ Kod pocztowy: _____ Miejscowość: _____ Kraj: _____

Telefon: _____ Faks: _____ E-mail: _____

2. Diagnostyka molekularna : (prosimy zaznaczyć pole)

SelectMDx[®] Przekazana próbka zostanie przeanalizowana przez SelectMDx pod kątem raka prostaty, aby pomóc w podjęciu decyzji dotyczącej biopsji.
for Prostate Cancer

3. Informacje o pacjencie:

Imię: (Pierwsze) _____ (Drugie) _____ Nazwisko: _____ Telefon: _____

Adres: _____ Kod pocztowy: _____ Miejscowość: _____ Kraj: _____

Dok.medyczna: _____

Data urodzenia:

Dzień		Miesiąc		Rok	

Ostatnie DRE:

Dzień		Miesiąc		Rok	

Ost. DRE: Podejrzenie raka Brak podejrzenia raka

Ostatnie PSA:

Dzień		Miesiąc		Rok	

Ost. PSA: _____ ng/mL

Objętność prostaty: _____ cc

Rak prostaty w rodzinie: Tak Nie

4. Informacje o próbce:

Data pobrania:

Dzień		Miesiąc		Rok	

5. Informacje o płatności:

Bezpoś. rach. klienta - (wymagany kontakt) Karta kredytowa Płatność pacjenta: _____
Podpis

6. Dodatkowe uwagi:

7. Autoryzacja:

Podpis osoby upoważnionej (Brak wybity podpisy proszę)

Date:

Dzień		Miesiąc		Rok	

Miejsce na naklejkę ID pacjenta

Kod kreskowy