**Vizsgálatkérő lap homológ rekombináció deficiencia vizsgálatához**

**(500 génes panel)**

(NEAK kérvényhez benyújtandó)

**Beküldő intézmény neve, címe**:

……….……………...…...……...……………………………………………………………….

**Beküldő orvos neve**: ………………………………...……….. **pecsétszáma**: …..……………

**Beküldő orvos e-mail címe**: ...………..……………… **telefonszáma**: ………………………

**Beteg neve**: …………………….…… **Születési idő**: ……………..……..

**TAJ**: ………..……………………

**Anyja neve**: …………....……...……...……………………………….

**Lakcím**: ….....……………………………...….....……………….…………………………….

* Újonnan diagnosztizált FIGO III-IV. High-grade epithelialis ovarium, petevezető vagy primer peritonealis carcinoma
* BRCA negatív

Vizsgálatkérés indoka: PARP inhibitor terápiára való érzékenység kimutatása.

Diagnózis időpontja: …………………………..

Szövettani diagnózis: tubo-ovarialis high grade serosus/endometrioid carcinoma

Jelenleg rendelkezésre álló minta típusa, az ehhez tartozó patológiai lelet csatolva:

cytologia / szövettani blokk.

BRCA vizsgálat helye, időpontja: …………………………………………………………….

Genetikai vizsgálat (csírasejtes mutáció): történt / nem történt

Debulking műtét történt: igen/nem, ha igen primer műtét / intervallum műtét

Neoadjuváns kemoterápia: igen / nem

Kemoterápia típusa: paclitaxel+carboplatin / egyéb: …………………………………………

Kezdete: ………………………………………

Bevacizumab igen/nem

ECOG: 0/1