

לכבוד
מית"ר
חטיבת הרפואה
פקס-מייל מית"ר 03-7250678
שלום רב,

*** יש למלא את כל הפרטים בטופס כולל פרטי הרופא בצורה ברורה וכן דו"ח פתולוגי מקורי

פרטי החולה:

שם משפחה:	שם פרטי:	מס' זהות:
שם משפחה בלועזית:	שם פרטי בלועזית:	תאריך לידה מלא:
רופא מטפל/מפנה:	מרכז רפואי:	מחוז המבוטח:

קוטר הגידול:	רצפטורים לאסטרוגן:	HER-2:
מעורבות בלוטות לימפה אקסילריות:		
האם מועמדת לטיפול הורמונלי:		

הטיפול המוצע לחולה:

מה הטיפול המוצע לחולה, ללא נתונים מ- prosigna pam 50?

<p>הטיפול שיוצע לחולה באם תתקבל תשובת Risk Of Recurrence (ROR) בתחום:</p>	
Low risk:	
Intermediate risk:	
High risk:	

יש לצרף תשובה פתולוגית מלאה מביופסיות ומניתוח, כולל רצפטורים ו- Her-2 !
נא לציין שם המעבדה הפתולוגית:

שם הרופא המבקש:	חתימה:
טלפון במחלקה:	טלפון נייד:
דואר אלקטרוני:	פקס:

הבדיקה אושרה: כן / לא. נימוק: _____

תאריך: _____ חתימה: _____

