

## **KWALIFIKACJA DO ZABIEGU PROFILAKTYCZNEJ MASTEKTOMII PIERSI Z REKONSTRUKCJĄ**

Imię i Nazwisko pacjentki	
Pesel	
Tel. kontaktowy	

**Wynik MRI w załączeniu.**

### **KWALIFIKACJA LEKARZA SPECJALISTY W DZIENINIE GENETYKI KLINICZNEJ**

Pacjentka Poradni Genetycznej .....  
(proszę wskazać miejsce)

Podstawa udzielenia świadczenia:

- wykryto mutację w genie BRCA1/BRCA2<sup>1</sup> potwierdzoną w dwóch niezależnych badaniach,
- obciążający wywiad rodzinny: dwa zachorowania u krewnych I lub II stopnia przed 50 rokiem życia lub trzy zachorowania w dowolnym wieku,
- obciążający wywiad rodzinny: rozpoznanie u krewnych I stopnia metachronicznego lub synchronicznego zachorowania na nowotwór złośliwy piersi,
- potwierdzona obecność choroby proliferacyjnej piersi przebiegającej z atypią komórkową.

Treść opinii:

.....  
(data, pieczętka i podpis genetyka)

### **KWALIFIKACJA PSYCHOONKOLOGA**

Opinię wydaje się na prośbę badanej. Pacjentka skierowana do oceny stanu psychicznego celem kwalifikacji do zabiegu profilaktycznej mastektomii piersi.

Treść opinii:

Ponadto pacjentka posiada niezbędne informacje do podjęcia świadomej decyzji w ww zakresie. W wywiadzie brak podstaw do rozpoznania zaburzeń. Prawidłowo zmotywowana do zabiegu.

.....  
(data, pieczętka i podpis psychoonkologa)

---

<sup>1</sup> Proszę zaznaczyć właściwą diagnozę.

**KWALIFIKACJA LEKARZA SPECJALISTY W DZIENIENIE ONKOLOGII  
KLINICZNEJ**

Treść opinii:

.....  
(data, pieczętka i podpis onkologa)

**KWALIFIKACJA LEKARZA SPECJALISTY W DZIEDZINIE CHIRURGII  
ONKOLOGICZNEJ**

Treść opinii:

.....  
(data, pieczętka i podpis chirurga)