

Уважаемые коллеги!

*ООО "Геномед» может осуществлять деятельность в сфере ОМС, проводить услуги по онкогенетическим исследованиям гражданам, застрахованным на территории* ***г.Москвы и других субъектов РФ (за исключением Московской области)****!*

Исследования доступные по ОМС

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Наименование теста (по каталогу ООО «Геномед»)** | **Код исследования** | **Срок выполнения, раб. дней** | **Биоматериал** | **Метод** |
| Иммуногистохимический тест (Her2)  | 1601 | 7  | блок и стекло | ИГХ |
| Иммуногистохимический тест (PD-L1)  | 1090 | 7 | блок и стекло | ИГХ |
| Иммуногистохимический тест (ALK)  | 1723 | 7  | блок и стекло | ИГХ |
| Тест методом FISH (Определение перестроек гена HER2 методом FISH) | 600 | 10 | блок и стекло | FISH |
| Тест методом FISH (Определение перестроек гена ROS1 методом FISH)  | 852 | 10 | блок и стекло | FISH |
| Тест методом FISH (Определение перестроек гена ALK методом FISH)  | 651 | 10  | блок и стекло | FISH |
| Исследование одного тканевого фрагмента биопсийного (операционного) материала с применением метода флуоресцентной гибридизации in situ (FISH)\* | 1805 | 10 | блок и стекло/операционный материал | FISH |
| Молекулярно-генетическое исследование мутаций в генах BRCA1 и BRCA2 методом ПЦР  | 5 | 5  | кровь в пробирке с ЭДТА | ПЦР |
| Молекулярно-генетическое исследование мутаций в генах BRCA1 и BRCA2 методом NGS | 559 (кровь)/1463 (блок) | 30 | кровь в пробирке с ЭДТА/ блок и стекло | NGS |
| Молекулярно-генетический̆ тест (Определение мутаций в генах CKIT и PDGFRA при ГИСО)  | 1173 | 10 | блок и стекло | NGS |
| Молекулярно-генетический̆ тест (Определение мутации в 15 экзоне гена BRAF)  | 9 | 10 | Блок и стекло | NGS |
| Молекулярно-генетический̆ тест (Определение мутации в 18,19,20,21 экзонах гена EGFR)  | 7 | 10  | блок и стекло | NGS |
| Молекулярно-генетический̆ тест (Определение мутаций во 2, 3, 4 экзонах гена KRAS и во 2,3,4 экзонах гена NRAS)  | 8 и (или) 639 | 10 | блок и стекло | NGS |
| Молекулярно-генетический̆ тест (Определение микросателлитной нестабильности методом ПЦР)  | 810 | 10 | блок и стекло | ПЦР |

\*Наличие FISH зондов необходимо уточнять в лаборатории по почте Consult@genomed.ru либо по телефону 8 903 017 75 05 Елена Валерьевна .

Взятие венозной крови для выполнения теста «Молекулярно-генетическое исследование мутаций в генах BRCA1 и BRCA2 методом ПЦР и NGS» возможно в медицинском офисе регионального партнёра или в процедурном кабинете МГЦ Геномед.

Пациент или его законный представитель должен принести в медицинский офис ООО «Геномед» или партнёра следующие документы:

1. Полис ОМС

2. Паспорт (копия первой страницы и прописки)

3. СНИЛС

4. Направление по форме 057/у-01, выданное врачом. В направлении в графе «наименование медицинского учреждения, куда направляется пациент», должно быть указано ООО "Геномед". Направление должно содержать:

 - две печати учреждения (треугольная и прямоугольная) и круглая печать врача

 - диагноз (код МКБ, начинающийся с «С»)

- дату оформления направления

Если биоматериал и документы приносит законный представитель, то он должен предоставить доверенность (в приложении), либо оформить у администратора в МО Геномед.

**ВАЖНО: пациент на момент направления на тестирование не должен быть госпитализирован! Тестирование по ОМС доступно только амбулаторным пациентам.**

Перед обращением в любой из МО Геномед необходимо предварительно записаться по номеру телефона 8 (800) 333-45-38

**ВАЖНО: пациент на момент направления на тестирование не должен находиться на госпитализации, он должен быть выписан!!!**

По любым вопросам в связи с выполнением данных исследований просьба обращаться к менеджеру Владимировой Елене Валерьевне (тел.8 903 017 75 05, email Vladimirova\_ev@genomed.ru).



|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

Генеральный директор

Коростелев С.А

**ДОВЕРЕННОСТЬ**

г.Москва «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_202\_\_г.

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, паспорт: номер\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, зарегистрирован по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ настоящей доверенностью уполномочиваю \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, паспорт: номер\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, зарегистрирован по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Представлять мои интересы в ООО «Геномед» по поводу получения мною медицинской помощи (услуг), а именно:

1. Сдавать биоматериал с целью проведения генетического исследования с правом получения результатов исследования.
2. Подписывать от моего имени договор на оказание медицинских услуг.
3. Подписывать добровольное информационное согласие на медицинское вмешательство.
4. Подписывать информированное согласие на проведение генетического исследования.
5. Подписывать согласие на обработку моих персональных данных.
6. Получать полную и достоверную информацию в виде результатов исследований.

Доверенность выдана сроком на \_\_\_лет.

Подпись доверенного\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_подтверждаю\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ФИО доверителя полностью:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись доверителя:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_