

..... Pieczętka jednostki kierującej/ miejsce przesłania wyniku badania	<b>SKIEROWANIE DO PRACOWNI BIOLOGII MOLEKULARNEJ</b> LABORATORIUM DIAGNOSTYKI HEMATOLOGICZNEJ
-------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------

IMIĘ I NAZWISKO .....

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PŁEĆ

K M 

<b>ROZPOZNANIE</b> .....	<b>ICD-10</b> .....	<b>Odsetek komórek badanych:</b> (w zależności od rozpoznania) .....	
<b>Badanie*</b> <input type="checkbox"/> PIERWSZE  <input type="checkbox"/> KOLEJNE	<input type="checkbox"/> Przed leczeniem <input type="checkbox"/> Ocena remisji <input type="checkbox"/> Wznowa <input type="checkbox"/> Po ALLO-SCT <input type="checkbox"/> DAWCA <input type="checkbox"/> BIORCA	<b>Leukopenia</b> <b>WBC&lt;1x10<sup>9</sup>/L?</b>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
		<b>Sposób kontaktu z pacjentem*</b>	<input type="checkbox"/> przez lekarza prowadzącego <input type="checkbox"/> inny: .....
<b>MATERIAŁ*</b>	<input type="checkbox"/> krew EDTA <input type="checkbox"/> szpik EDTA <input type="checkbox"/> nabłonek/włosy <input type="checkbox"/> inny: .....	..... Data	..... Podpis i pieczętka lekarza

\*zaznaczyć właściwe

RODZAJ ZLECANEJ BADANIA (zaznaczyć właściwe):

NOWOTWORY MIELOPROLIFERACYJNE	
<input type="checkbox"/> BCR-ABL jakościowo	TRANSKRYPT ..... (jeśli znany)
<input type="checkbox"/> JAK2 V617F	
<input type="checkbox"/> JAK2 egzon 12	
<input type="checkbox"/> MPL egzon 10	
<input type="checkbox"/> CALR egzon 9	
<input type="checkbox"/> ASXL1 egzon 12	
<input type="checkbox"/> SRSF2 egzon 1	
<input type="checkbox"/> CSF3R egzon 14	
<input type="checkbox"/> FIP1L1-PDGFR del(4)(q12)	

OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
<input type="checkbox"/> PML-RARA t(8;21)
<input type="checkbox"/> AML1-ETO (RUNX1-RUNX1T1), t(8;21)
<input type="checkbox"/> MYH11-CBFB inv(16)
<input type="checkbox"/> MLL (KMT2A), 11q23 rearanżacje
<input type="checkbox"/> FLT3-ITD
<input type="checkbox"/> FLT3 D835
<input type="checkbox"/> NPM1
<input type="checkbox"/> CEBPA
<input type="checkbox"/> KIT D816

OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA	
<input type="checkbox"/> BCR-ABL jakościowo	TRANSKRYPT ..... (jeśli znany)
<input type="checkbox"/> E2A-PBX t(1;19)	
<input type="checkbox"/> SIL-TAL1 (STIL-TAL1), del(1)(p32)	
<input type="checkbox"/> TEL-AML1 (ETV6-RUNX1) t(12;21)	
<input type="checkbox"/> MLL (KMT2A) rearanżacje	

CHIMERYZM HEMATOPOETYCZNY	
<input type="checkbox"/> Ocena chimeryzmu	czas od SCT:.....

INNE
<input type="checkbox"/> BRAF V600E
<input type="checkbox"/> KIT D816 (mastocytoza)

CLL
<input type="checkbox"/> TP53 egzony 2-11

ZABEZPIECZENIE MATERIAŁU
<input type="checkbox"/> DNA
<input type="checkbox"/> RNA

WYPEŁNIA OSOBA POBIERAJĄCA POBRANIE MATERIAŁU DO BADANIA	
Data.....	Godzina.....
POBRAŁ.....	PODPIS.....

WYPEŁNIA LABORATORIUM	
Uwagi: .....	
materiał pobrany prawidłowo/ nieprawidłowo	
Data.....	Godzina.....
PRZYJAŁ.....	PODPIS.....