

JEDNOSTKA KIERUJĄCA:

Poznań, dnia

--

LABORATORIUM DIAGNOSTYKI HEMATOLOGICZNEJ
SKIEROWANIE DO PRACOWNI HEMOSTAZY

Imię i nazwisko pacjenta.....

PESEL.....

Rozpoznanie kliniczne..... ICD-10.....

<p>Panele badań</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Diagnostyka wstępna przedłużonego aPTT (aPTT, aPTT z Actinem, test korekcji (1+1)) <input type="checkbox"/> Wykrywanie przeciwciał antyfosfolipidowych - panel (aPTT z Actinem, LA, przeciwciała antykardiolipinowe - ACA, przeciwciała anty β_2GPI) <input type="checkbox"/> Diagnostyka w kierunku obecności antykoagulantu toczniowego (aPTT z Actinem, LA) <p>Podstawowe badania układu krzepnięcia krwi</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> aPTT <input type="checkbox"/> Wskaźnik protrombinowy, INR <input type="checkbox"/> Czas trombinowy <input type="checkbox"/> Stężenie fibrynogenu <input type="checkbox"/> Liczba płytek krwi metodą kontrastowo-fazową <input type="checkbox"/> Badanie aktywności płytek krwi za pomocą aparatu PFA <p>Badania w kierunku wrodzonej trombofilii</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Aktywność antytrombiny (metoda amidolityczna) <input type="checkbox"/> Aktywność białka C (metoda amidolityczna) <input type="checkbox"/> Oporność czynnika V na aktywne białko C (APC-resistance test) <input type="checkbox"/> Stężenie wolnego białka S <input type="checkbox"/> Aktywność czynnika VIII <input type="checkbox"/> Mutacja Leiden G1691A genu czynnika V <input type="checkbox"/> Polimorfizm G20210A genu protrombiny <p>Badanie aktywności czynników krzepnięcia</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Aktywność czynnika II <input type="checkbox"/> Aktywność czynnika V <input type="checkbox"/> Aktywność czynnika VII <input type="checkbox"/> Aktywność czynnika VIII <input type="checkbox"/> Aktywność czynnika VIII (metoda chromogenna) <input type="checkbox"/> Aktywność czynnika IX <input type="checkbox"/> Aktywność czynnika X <input type="checkbox"/> Aktywność czynnika XI <input type="checkbox"/> Aktywność czynnika XII <input type="checkbox"/> Aktywność czynnika XIII <input type="checkbox"/> Miano inhibitora czynnika krzepnięcia (wg Bethesda) <p>Badania układu fibrynolizy osoczowej</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Liza euglobulin <input type="checkbox"/> Aktywność plazminogenu <input type="checkbox"/> Aktywność alfa₂-antypłazminy 	<p>Tromboelastometria krwi pełnej</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> TEM+ap – tromboelastometria krwi pełnej (badanie podstawowe z oceną fibrynolizy: in-TEM, ex-TEM, fib-TEM, ap-TEM) <input type="checkbox"/> TEM+hep – tromboelastometria krwi pełnej (badanie podstawowe z oceną wpływu heparyny: in-TEM, ex-TEM, fib-TEM, hep-TEM) <p>Badania w kierunku obecności przeciwciał antyfosfolipidowych</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> aPTT <input type="checkbox"/> aPTT z Actinem <input type="checkbox"/> LA (antykoagulant tocznia) <input type="checkbox"/> ACA - przeciwciała antykardiolipinowe w klasie IgG i IgM <input type="checkbox"/> Przeciwciała anty β_2GPI w klasie IgG <p>Badania układu krzepnięcia w kierunku choroby von Willebranda</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Antygen czynnika von Willebranda <input type="checkbox"/> Aktywność czynnika von Willebranda jako kofaktora rystocetyny <input type="checkbox"/> Test wiązania kolagenu CBA:VWF <input type="checkbox"/> Aktywność czynnika VIII <input type="checkbox"/> Badanie aktywności płytek krwi za pomocą aparatu PFA <input type="checkbox"/> Liczba płytek krwi metodą kontrastowo-fazową <p>Badanie agregacji płytek krwi</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Agregacja płytek krwi z rystocetyną (2 stężenia) <input type="checkbox"/> Agregacja płytek krwi z ADP (3 stężenia) <input type="checkbox"/> Agregacja płytek krwi z kolagenem <input type="checkbox"/> Agregacja płytek krwi z kwasem arachidonowym <p>INNE</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Aktywność anty-Xa heparyny drobnocząsteczkowej <input type="checkbox"/> Aktywność anty-Xa rivaroxabanu <input type="checkbox"/> Przeciwciała przeciwko kompleksowi heparyna-PF4 (HIT II) <input type="checkbox"/> FDP - stężenie produktów degradacji fibrynogenu/fibryny <input type="checkbox"/> Retrakcja skrzepu <input type="checkbox"/> Zabezpieczenie materiału do badań (osocze) <input type="checkbox"/> Zabezpieczenie materiału do izolacji DNA
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Uwagi:

.....
Podpis i pieczęć lekarza

Deklaracja zgody na wykonanie badania genetycznego

LABORATORIUM DIAGNOSTYKI HEMATOLOGICZNEJ

ul. Szamarzewskiego 84, 60-569 Poznań
tel. 61 854 95 99, fax. 61 854 95 64

Imię i nazwisko pacjenta:											
PESEL/ (data ur.)											Nr telefonu:
Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego (jeśli dotyczy):											
CEL BADANIA*: Diagnostyka zmian genetycznych <input checked="" type="checkbox"/> wrodzonych <input type="checkbox"/> somatycznych <input type="checkbox"/> w chorobach hematologicznych <small>*wypełnia laboratorium lub lekarz kierujący</small>											
1. Wyrażam zgodę, na wykonanie w celach medycznych badań cytogenetycznych /genetycznych/ molekularnych według załączonego skierowania lekarskiego. Tak** Nie**											
2. Wyrażam zgodę na przechowywanie, przetwarzanie, wykorzystywanie i udostępnianie pobranych próbek zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa w celu monitorowania stanu mojej choroby i umożliwienia wykonania nowych badań diagnostycznych, wdrażanych w miarę rozwoju nauki w przyszłości. Tak** Nie**											
3. Wyrażam zgodę na <u>anonimowe</u> wykorzystanie zarchiwizowanych próbek w celu poszerzania wiedzy na temat podłoża genetycznego chorób nowotworowych oraz do celów dydaktycznych. Tak** Nie**											
4. Wyrażam zgodę, na wykonanie dodatkowych badań cytogenetycznych /genetycznych/ molekularnych z zabezpieczonego materiału w celach pogłębienia diagnostyki według obowiązujących rekomendacji postępowania w przypadku chorób hematologicznych. Tak** Nie**											
5. Wyrażam zgodę na informowanie mnie o zmianach tzw. nieoczekiwanych, niezwiązanych ze wskazaniem do badania. Tak** Nie**											
Ponadto zostałam/em poinformowana/y:											
<ol style="list-style-type: none"> 1. o celu badania oraz o jego specyfice (informacja ta jest dostępna dla pacjentów w formie pisemnej w rejestracji Laboratorium lub powinna być przedstawiona Państwu przez jednostkę zlecającą badanie, jeżeli nie jest nią Laboratorium Diagnostyki Hematologicznej), 2. o fakcie, że badanie może pomóc w weryfikacji rozpoznania choroby i/lub ustalenia nosicielstwa defektu genetycznego i da możliwość podjęcia przez lekarza odpowiednich decyzji terapeutycznych, 3. o konieczności wykonania kolejnych badań cytogenetycznych/genetycznych/molekularnych z zabezpieczonego materiału zgodnie z obowiązującymi wytycznymi odnośnie diagnostyki chorób hematologicznych, 4. o tym, iż wynik badania genetycznego może wykazać obecność zmian tzw. nieoczekiwanych (nie związanych ze wskazaniem do badania) natomiast mających wartość diagnostyczną, 5. o tym, że pobrany materiał biologiczny zostanie użyty w celu założenia hodowli komórkowych i/lub izolacji DNA, RNA oraz wykonania diagnostyki genetycznej, 6. o możliwości zaistnienia konieczności powtórnego pobrania materiału oraz że istnieje ryzyko niezyskania wyników badań z przyczyn technicznych, 7. o tym, że mimo iż Laboratorium dokłada wszelkich starań, by Państwa materiał genetyczny był przechowywany po zakończeniu diagnostyki w odpowiednich warunkach, istnieje ryzyko jego degradacji (proces naturalny), dlatego może zajść potrzeba ponownego pobrania materiału w przyszłości, 8. o prawie do wycofania w dowolnym momencie zgody na wykorzystanie zarchiwizowanych próbek (oświadczenie takie musi zostać dostarczone do Laboratorium w formie pisemnej). 											
Data						Czytelny podpis pacjenta / przedstawiciela ustawowego					

** czytelny podpis pacjenta / przedstawiciela ustawowego przy każdym z punktów 1-5