

JEDNOSTKA KIERUJĄCA:

Poznań, dnia .....

--

**LABORATORIUM DIAGNOSTYKI HEMATOLOGICZNEJ  
SKIEROWANIE DO PRACOWNI BIOLOGII MOLEKULARNEJ**

**BADANIA MONITORUJĄCE W CML**

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA: .....

PESEL:

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

ROZPOZNANIE KLINICZNE .....

ICD-10 .....

STOSOWANE LECZENIE:

- GLIVEC w dawce .....
- DAZATYNIB w dawce .....
- NILOTYNIB w dawce .....
- INTERFERON  $\alpha$
- ALLO SCT
- inne .....

PROSZĘ O BADANIE:

- BADANIE JAKOŚCIOWE BCR-ABL p210
- BADANIE JAKOŚCIOWE I ILOŚCIOWE BCR-ABL p210
- BADANIE MUTACJI DOMENY KINZOWEJ BCR-ABL p210

UWAGI:.....

.....

.....

.....  
PODPIS I PIECZĄTKA LEKARZA

JEDNOSTKA KIERUJĄCA:

Poznań, dnia .....

--

**LABORATORIUM DIAGNOSTYKI HEMATOLOGICZNEJ  
SKIEROWANIE DO PRACOWNI BIOLOGII MOLEKULARNEJ**

**BADANIA MONITORUJĄCE W CML**

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA: .....

PESEL:

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

ROZPOZNANIE KLINICZNE .....

ICD-10 .....

STOSOWANE LECZENIE:

- GLIVEC w dawce .....
- DAZATYNIB w dawce .....
- NILOTYNIB w dawce .....
- INTERFERON  $\alpha$
- ALLO SCT
- inne .....

PROSZĘ O BADANIE:

- BADANIE JAKOŚCIOWE BCR-ABL p210
- BADANIE JAKOŚCIOWE I ILOŚCIOWE BCR-ABL p210
- BADANIE MUTACJI DOMENY KINZOWEJ BCR-ABL p210

UWAGI:.....

.....

.....

.....  
PODPIS I PIECZĄTKA 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"/> <b>wrodzonych</b> <input type="checkbox"/> <b>somatycznych</b> <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. <b>Tak .....** Nie .....**</b>											
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. <b>Tak .....** Nie .....**</b>											
3. Wyrażam zgodę na <u>anonimowe</u> wykorzystanie zarchiwizowanych próbek w celu poszerzania wiedzy na temat podłoża genetycznego chorób nowotworowych oraz do celów dydaktycznych. <b>Tak .....** Nie .....**</b>											
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. <b>Tak .....** Nie .....**</b>											
5. Wyrażam zgodę na informowanie mnie o zmianach tzw. nieoczekiwanych, niezwiązanych ze wskazaniem do badania. <b>Tak .....** Nie .....**</b>											
<b>Ponadto zostałam/em poinformowana/y:</b>											
<ol style="list-style-type: none"> <li>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),</li> <li>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,</li> <li>3. o konieczności wykonania kolejnych badań cytogenetycznych/genetycznych/molekularnych z zabezpieczonego materiału zgodnie z obowiązującymi wytycznymi odnośnie diagnostyki chorób hematologicznych,</li> <li>4. o tym, iż wynik badania genetycznego może wykazać obecność zmian tzw. nieoczekiwanych (nie związanych ze wskazaniem do badania) natomiast mających wartość diagnostyczną,</li> <li>5. o tym, że pobrany materiał biologiczny zostanie użyty w celu założenia hodowli komórkowych i/lub izolacji DNA, RNA oraz wykonania diagnostyki genetycznej,</li> <li>6. o możliwości zaistnienia konieczności powtórnego pobrania materiału oraz że istnieje ryzyko niezyskania wyników badań z przyczyn technicznych,</li> <li>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,</li> <li>8. o prawie do wycofania w dowolnym momencie zgody na wykorzystanie zarchiwizowanych próbek (oświadczenie takie musi zostać dostarczone do Laboratorium w formie pisemnej).</li> </ol>											
Data						Czytelny podpis pacjenta / przedstawiciela ustawowego					

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