

..... Pieczęćka 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 pieczęćka lekarza

\*zaznaczyć właściwe

RODZAJ ZLECANEGO 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.....

## 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 zająć 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