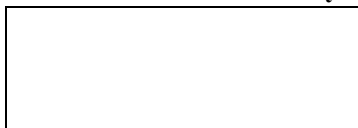


JEDNOSTKA KIERUJĄCA:

Poznań, dnia

**LABORATORIUM DIAGNOSTYKI HEMATOLOGICZNEJ
SKIEROWANIE DO PRACOWNI HEMOSTAZY**

Imię i nazwisko pacjenta.....

PESEL.....

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

Panele badań

- ☐ Diagnostyka wstępna przedłużonego aPTT (aPTT, aPTT z Actinem, test korekcji (1+1))
- ☐ Wykrywanie przeciwciał antyfosfolipidowych - panel (aPTT z Actinem, LA, przeciwciała antykardiolipinowe - ACA, przeciwciała anty β_2 GPI)
- ☐ Diagnostyka w kierunku obecności antykoagulantu toczniowego (aPTT z Actinem, LA)

Podstawowe badania układu krzepnięcia krwi

- ☐ aPTT
- ☐ Wskaźnik protrombinowy, INR
- ☐ Czas trombinowy
- ☐ Stężenie fibrynogenu
- ☐ Liczba płytek krwi metodą kontrastowo-fazową
- ☐ Badanie aktywności płytek krwi za pomocą aparatu PFA

Badania w kierunku wrodzonej trombofilii

- ☐ Aktywność antytrombiny (metoda amidolityczna)
- ☐ Aktywność białka C (metoda amidolityczna)
- ☐ Oporność czynnika V na aktywne białko C (APC-resistance test)
- ☐ Stężenie wolnego białka S
- ☐ Aktywność czynnika VIII
- ☐ Mutacja Leiden G1691A genu czynnika V
- ☐ Polimorfizm G20210A genu protrombiny

Badanie aktywności czynników krzepnięcia

- ☐ Aktywność czynnika II
- ☐ Aktywność czynnika V
- ☐ Aktywność czynnika VII
- ☐ Aktywność czynnika VIII
- ☐ Aktywność czynnika VIII (metoda chromogenna)
- ☐ Aktywność czynnika IX
- ☐ Aktywność czynnika X
- ☐ Aktywność czynnika XI
- ☐ Aktywność czynnika XII
- ☐ Aktywność czynnika XIII
- ☐ Miano inhibitora czynnika krzepnięcia (wg Bethesda)

Badania układu fibrynolizy osoczowej

- ☐ Liza euglobulin
- ☐ Aktywność plazminogenu
- ☐ Aktywność alfa₂-antyplazminy

Tromboelastometria krwi pełnej

- ☐ TEM+ap – tromboelastometria krwi pełnej (badanie podstawowe z oceną fibrynolizy: in-TEM, ex-TEM, fib-TEM, ap-TEM)
- ☐ TEM+hep – tromboelastometria krwi pełnej (badanie podstawowe z oceną wpływu heparyny: in-TEM, ex-TEM, fib-TEM, hep-TEM)

Badania w kierunku obecności przeciwciał antyfosfolipidowych

- ☐ aPTT
- ☐ aPTT z Actinem
- ☐ LA (antykoagulant tocznia)
- ☐ ACA - przeciwciała antykardiolipinowe w klasie IgG i IgM
- ☐ Przeciwciała anty β_2 GPI w klasie IgG

Badania układu krzepnięcia w kierunku choroby von Willebranda

- ☐ Antygen czynnika von Willebranda
- ☐ Aktywność czynnika von Willebranda jako kofaktora rystocetyny
- ☐ Test wiązania kolagenu CBA:vWF
- ☐ Aktywność czynnika VIII
- ☐ Badanie aktywności płytek krwi za pomocą aparatu PFA
- ☐ Liczba płytek krwi metodą kontrastowo-fazową

Badanie agregacji płytek krwi

- ☐ Agregacja płytek krwi z rystocetyną (2 stężenia)
- ☐ Agregacja płytek krwi z ADP (3 stężenia)
- ☐ Agregacja płytek krwi z kolagenem
- ☐ Agregacja płytek krwi z kwasem arachidonowym

INNE

- ☐ Aktywność anty-Xa heparyny drobnocząsteczkowej
- ☐ Aktywność anty-Xa rivaroxabanu
- ☐ Przeciwciała przeciwko kompleksowi heparyna-PF4 (HIT II)
- ☐ Aktywność ADAMTS13
- ☐ Miano inhibitora ADAMTS13
- ☐ FDP - stężenie produktów degradacji fibrynogenu/fibryny
- ☐ Retrakcja skrzepu
- ☐ Zabezpieczenie materiału do badań (osocze)
- ☐ 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 ☒ wrodzonych ☐ somatycznych ☐ w chorobach hematologicznych

*wypełnia laboratorium lub lekarz kierujący

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 anonimowe 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:

- 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),
- 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,
- o konieczności wykonania kolejnych badań cytogenetycznych/genetycznych/molekularnych z zabezpieczonego materiału zgodnie z obowiązującymi wytycznymi odnośnie diagnostyki chorób hematologicznych,
- o tym, iż wynik badania genetycznego może wykazać obecność zmian tzw. nieoczekiwanych (nie związanych ze wskazaniem do badania) natomiast mających wartość diagnostyczną,
- o tym, że pobrany materiał biologiczny zostanie użyty w celu założenia hodowli komórkowych i/lub izolacji DNA, RNA oraz wykonania diagnostyki genetycznej,
- o możliwości zaistnienia konieczności powtórnego pobrania materiału oraz że istnieje ryzyko nieuzyskania wyników badań z przyczyn technicznych,
- 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,
- 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