

UNIWERSYTECKI SZPITAL KLINICZNY W POZNANIU	F-SZ.LAB 2-30	Wydanie 1/2025-06-05
Laboratorium Diagnostyki Hematologicznej		
SKIEROWANIE DO PRACOWNI CYTOGENETYKI- <u>BADANIE FISH</u>		

JEDNOSTKA KIERUJĄCA:

Poznań, dnia

IMIĘ I NAZWISKO

PESEL

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

PŁEĆ

☐

K

☐

M

ROZPOZNANIE KLINICZNE			
MATERIAŁ*	☐ krew ☐ szpik ☐ materiał z biopsji węzła chłonnego	ICD-10	
Czy pacjent był leczony?*	☐ TAK ☐ NIE	Leukocytoza/liczba blastów/ %plazmocytów w zależności od rozpoznania	
Stosowane leki		Czy wykonano przeszczep komórek krwiotwórczych?*	☐ TAK ☐ NIE
Czy wykonano transfuzję w ostatnich 2 miesiącach?*	☐ TAK ☐ NIE	Potwierdzenie histopatologiczne*	☐ TAK ☐ NIE
Sposób kontaktu z pacjentem*	☐ przez lekarza prowadzącego jeśli inny proszę podać	 Data Podpis i pieczęć lekarza	

* zaznaczyć właściwe

RODZAJ ZLECANEGO BADANIA FISH (zaznaczyć właściwe):

SONDA/ ABERRACJA	SONDA/ ABERRACJA	SONDA/ ABERRACJA
ALK1 - rearanżacja 2p23	FGFR1 – rearanżacja 8p12	PML/RARA – t(15;17)(q22;q21)
ATM/CEP11 – delecja 11q22	FIP1L1- PDGFRA - rearanżacja 4q12	PTPRT20q12/SE20 - delecja 20q12
BCL6 - rearanżacja 3q27	IGH – rearanżacja 14q12	RUNX1/RUNX1T1 – t(8;21)(q22;q22)
BCR/ABL1 - t(9;22)(q34;q11)	IGH/BCL2 - t(14;18)(q32;q21)	TCF3/PBX1 - t(1;19)(q23;p13.3)
BIRC3/MALT1 - t(11;18)(q21;q21)	IGH/CCND1 - t(11;14)(q13;q32)	TP53/CEP17 – delecja 17p13
CBF - inv(16), t(16;16)	IGH/FGFR3 - t(4;14)(p16;q32)	TP53/ATM – delecja 11q22 I 17p13
CEP8 - trisomia 8	IGH/MAF - t(14;16)(q32;q23)	TP53(17p13)/ MPO(17q22) – izochromosom 17q
CEPX/Y - liczba komórek dawcy/biorcy	IGH/MYC/CEP8 - t(8;14)(q24;q32)	1q21/SRD (1p36) - ocena liczby kopii 1q21
CDKN2A/CEP9 - delecja 9p21	KMT2A – rearanżacja 11q23	1q21/8p21 - ocena liczby kopii 1q21 i 8p21
CSF1R - delecja 5q33-34	MDM2/CEP12 – rearanżacja 12p15	sonda centromerowa chromosomu ...
D7S522/CEP7 - delecja 7q31	MECOM – inv(3)/t(3;3)(q21;q26)	sonda malująca chromosomu ...
D13S319/13q34/CEP12 - delecja 13q14 i 34/+12 (trisomia)	MYB - delecja 6q23	sonda telomerowa dla ramienia p chromosomu ...
delecja 13q14 i 34/+12 (trisomia)	MYC – rearanżacja 8q24	sonda telomerowa dla ramienia q chromosomu
ETV6 - delecja 12q13	panel sond CLL – del11q22/del 17p13/ del 13q14 i 34/+12	
ETV6/RUNX1 – t(12;21)(p13;q11)	PDGFRB – rearanżacja 5q32	

WYPEŁNIA OSOBA POBIERAJĄCA POBRANIE MATERIAŁU DO BADANIA	
Data	Godzina
POBRAŁ	PODPIS

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

**W LABORATORIUM DIAGNOSTYKI HEMATOLOGICZNEJ
I/LUB
PRACOWNI DIAGNOSTYKI GENETYCZNEJ I MOLEKULARNEJ NOWOTWORÓW
UNIWEKSYTECKIEGO SZPITALA KLINICZNEGO W POZNANIU**

Imię i nazwisko pacjenta:									
PESEL lub (data ur.)									Nr telefonu:
Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego (jeśli dotyczy):									
CEL BADANIA* : Diagnostyka zmian genetycznych wrodzonych ☐ somatycznych ☐ w chorobach nowotworowych *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 <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 nowotworowych. Tak** Nie**									
5. Wyrażam zgodę na informowanie mnie o zmianach tzw. nieoczekiwanych, niezwiązanych ze wskazaniem do badania. Tak** Nie**									
Ponadto zostałam/em poinformowana/y: 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 Genetycznej i Molekularnej Nowotworów), 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 dotyczącymi diagnostyki chorób nowotworowych, 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 nieuzyskania 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				