Uniwersytecki Szpital Kliniczny	F-SZ.LAB 2-24	Wydanie 2/2026-02-23

Laboratorium Diagnostyki Hematologicznej

Katedra i Klinika Hematologii Transplantacji i Terapii Komórkowej
ul. Szamarzewskiego 84, Poznań 60-569
tel.: (61) 854-95-99, e-mail: rejestracjaldh@usk.poznan.pl

SKIEROWANIE DO PRACOWNI HEMOSTAZY

Jednostka kierująca	**Imię**…… **Nazwisko**…… **PESEL** …….. **/ Data urodzenia**……. **Płeć** □ **M** □ **K** **Pochodzenie etniczne** ……..
	TRYB BADANIA: STANDARD □ CITO □

W przypadku BRAKU nr PESEL podać: nazwa, nr i seria dokumentu tożsamości

Rozpoznanie kliniczne **ICD-10**

Materiał	□ osocze □ krew □ krew – cytrynian □ surowica

Czy wykonano przeszczep komórek krwiotwórczych?
□ TAK Data: □ NIE Płeć dawcy: □ M □ K

Wyniki poprzednich badań genetycznych (dołączyć)

Stosowane leki:

Kontakt z lekarzem (e-mail / tel.)

Data…….. Podpis i pieczątka lekarza

Data i godzina pobrania materiału	Podpis osoby pobierającej
Imię i nazwisko osoby upoważnionej do odbioru wyniku	Data i godzina przyjęcia materiału do laboratorium

ZLECONE BADANIA:

Panele badań
❑ Diagnostyka wstępna przedłużonego aPTT
(aPTT, aPTT o zwiększonej wrażliwości na LA, test korekcji (1+1))
❑ Wykrywanie przeciwciał antyfosfolipidowych - panel
(aPTT o zwiększonej wrażliwości na LA, LA, przeciwciała antykardiolipinowe – ACA, przeciwciała anty ß$_2$GPI)
❑ Diagnostyka w kierunku obecności antykoagulantu toczniowego
(aPTT o zwiększonej wrażliwości na LA, LA)

Podstawowe badania układu krzepnięcia krwi
❑ aPTT
❑ Wskaźnik protrombinowy, INR
❑ 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
❑ Badanie na obecność wariantu pojedynczego nukleotydu genu czynnika V (F5) Leiden LRG_553t1:c.1601G>A
❑ Badanie na obecność wariantu pojedynczego nukleotydu genu protrombiny (F2) LRG_551t1:c.*97G>A

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)

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 o zwiększonej wrażliwości na LA
❑ LA (antykoagulant tocznia)
❑ ACA – przeciwciała antykardiolipinowe w klasie IgG i IgM
❑ Przeciwciała anty ß$_2$GPI w klasie IgG i IgM

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 metodą kontrasto-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
❑ Stężenie emicizumabu
❑ Przeciwciała przeciwko kompleksowi heparyna-PF4
❑ Aktywność ADAMTS13
❑ Miano inhibitora ADAMTS13
❑ FDP – stężenie produktów degradacji fibrynogenu/fibryny
❑ Retrakcja skrzepu
❑ Zabezpieczenie materiału do badań (osocze)
❑ Zabezpieczenie materiału do izolacji DNA

Badania układu fibrynolizy osoczowej
❑ Liza euglobulin ❑ Aktywność plazminogenu ❑ Aktywność alfa$_2$-antyplazminy

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:

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 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**

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