

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

.....  
Pieczęćka jednostki kierującej/ miejsce przesłania  
wyniku badania

IMIĘ I NAZWISKO .....

PESEL

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

PŁEĆ

K

M

ROZPOZNANIE .....	ICD-10 .....	Odsetek komórek badanych: (w zależności od rozpoznania) .....	
Badanie* <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	Leukopenia WBC<1x10 <sup>9</sup> /L?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
		Sposób kontaktu z pacjentem*	<input type="checkbox"/> przez lekarza prowadzącego <input type="checkbox"/> inny: .....
MATERIAŁ*	<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):**

**1. NOWOTWORY MIELOPROLIFERACYJNE**

BCR::ABL1 jakościowo/ilościowo\*  
TRANSKRYPT (jeśli znany) .....

- JAK2 V617F  
 JAK2 ekson 12  
 MPL ekson 10  
 CALR ekson 9  
 ASXL1 ekson 12  
 SRSF2 ekson 1  
 CSF3R Thr618 (T618)  
 FIP1L1::PDGFRα del(4)(q12)  
 IDH1 ekson 4  
 IDH2 ekson 4  
 SF3B1 ekson 13-16  
 U2AF1 Gln157 (Q157)  
 U2AF1 Ser34 (S34)

**2. OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA**

BCR::ABL1 jakościowo/ilościowo\*  
TRANSKRYPT (jeśli znany) .....

- TCF3::PBX t(1;19)  
 SIL::TAL1 del(1)(p32)  
 ETV6::RUNX1 t(12;21)  
 KMT2A-rearanżacje 11q23 [MLL rearanżacje]

**3. PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA**

- TP53 eksony 2-11

**4. OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA**

- FLT3 ITD  
 FLT3 D835  
 NPM1  
 PML::RARα t(15;17)  
 RUNX1::RUNX1 t(8;21)  
 CBFβ::MYH11 inv(16)  
 KMT2A-rearanżacje 11q23 [MLL rearanżacje]  
 BCR::ABL1 jakościowo/ilościowo\*  
TRANSKRYPT (jeśli znany) .....
- CEBPA  
 c-KIT ekson 17  
 IDH1 ekson 4  
 IDH2 ekson 4  
 TP53 eksony 2-11

**5. CHIMERYZM HEMATOPOETYCZNY**

- Ocena chimeryzmu data SCT:.....  
 Zabezpieczenie DNA BIORCY  
 Zabezpieczenie DNA DAWCY spokrewnionego  
 Zabezpieczenie DNA DAWCY niespokrewnionego

**6. INNE**

- BRAF Val600Glu (V600E)  
 c-KIT ekson 17  
 MYD88 Leu265Pro (L265P)  
 BCR::ABL1 KD p210 (badanie na obecność wariantów sekwencji)  
 BCR::ABL1 KD p190 (badanie na obecność wariantów sekwencji)

**7. ZABEZPIECZENIE MATERIAŁU**

- DNA  
 RNA

WYPEŁNIA OSOBA POBIERAJĄCA POBRANIE MATERIAŁU DO BADANIA		WYPEŁNIA LABORATORIUM	
Uwagi: .....		..... materiał pobrany prawidłowo/ nieprawidłowo	
Data.....	Godzina.....	Data.....	Godzina.....
POBRAŁ.....	PODPIS.....	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  **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 niezyskania 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 zająć 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).

<b>Data</b>	<b>Czytelny podpis pacjenta / przedstawiciela ustawowego</b>
-------------	--

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