

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

SKIEROWANIE DO PRACOWNI BIOLOGII MOLEKULARNEJ
LABORATORIUM DIAGNOSTYKI HEMATOLOGICZNEJ

IMIĘ I NAZWISKO

PESEL

PLEĆ

K☐

M☐

ROZPOZNANIE	ICD-10	Odsetek komórek badanych: (w zależności od rozpoznania)	
Badanie* ☐ PIERWSZE ☐ KOLEJNE	☐ Przed leczeniem ☐ Ocena remisji ☐ Wznowa ☐ Po ALLO-SCT ☐ DAWCA ☐ BIORCA		

*zaznaczyć właściwe

RODZAJ ZLECANEGO BADANIA (zaznaczyć właściwe):

1. NOWOTWORY MIELOPROLIFERACYJNE

☐ BCR::ABL1 jakościowo/iłościowo*
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/iłościowo*
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)

☐ CBFB::MYH11 inv(16)

☐ KMT2A-rearanżacje 11q23 [MLL rearanżacje]

☐ BCR::ABL1 jakościowo/iłościowo*
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.....

**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						