

JEDNOSTKA KIERUJĄCA:

IMIĘ I NAZWISKO

PESEL

PŁEĆ

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	Leukopenia WBC<1x10 ⁹ /L?	☐ TAK ☐ NIE
		Sposób kontaktu z pacjentem*	☐ przez lekarza prowadzącego ☐ inny:
MATERIAŁ*	☐ krew EDTA ☐ szpik EDTA ☐ nabłonek/włosy ☐ inny:	 Data	

*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::PDGFRa 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::RARa t(15;17)
☐ RUNX1::RUNXT1 t(8;21)
☐ CBFb::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.....

**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						