Uniwersytecki Szpital Kliniczny	F-SZ.LAB 2-29	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 CYTOGENETYKI

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	□ szpik kostny □ krew □ materiał z biopsji węzła chłonnego □ inne	**Odsetek komórek badanych:** (w zależności od rozpoznania) …… **Leukopenia WBC<1x10⁹/L** □ TAK □ NIE
Badanie	□ **pierwszorazowe** □ **kontrolne**	**Czy wykonano przeszczep komórek krwiotwórczych?** □ TAK Data: □ NIE Płeć dawcy: □ M □ K
Stosowane leki:		**Wyniki poprzednich badań genetycznych (dołączyć)**
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:

□ KARIOTYP (GTG)

AML
□ ***PML::RARA*** – t(15;17)(q24;q2)
□ ***RUNX1::RUNX1T1*** – t(8;21)(q22;q22)
□ ***CBFB*** - inv(16), t(16;16)
□ ***KMT2A*** – rearanżacja 11q23.3
□ ***TP53/CEP17*** – delecja 17p13.1

MDS
□ **Delecja 5q** / Monosomia 5
□ **Delecja 7q** / Monosomia 7
□ **CEP8** - trisomia 8
□ ***MECOM*** – inv(3)/t(3;3)(q21;q26)
□ **Delecja 20q**
□ ***TP53/CEP17*** – delecja 17p13.1
□ **utrata chromosomu płci Y**

MPN Ph(-)
□ ***PDGFRB*** – rearanżacja 5q32
□ ***FGFR1*** – rearanżacja 8p11.23
□ ***FIP1L1- PDGFRA*** - rearanżacja 4q12
□ ***JAK2*** - rearanżacja 9p24.1

Chłoniaki
□ ***IGH::MYC/*CEP8** – t(8;14)(q24;q32)
□ ***IGH::CCND1*** – t(11;14)(q13;q32)
□ ***IGH::BCL2*** – t(14;18)(q32;q21)
□ ***MYC*** - rearanżacja 8q24.21
□ ***IGH*** - rearanżacja 14q32.33
□ ***TP53/CEP17*** – delecja 17p13.1

□ BADANIE TECHNIKĄ FISH:

ALL
□ ***BCR::ABL1*** - t(9;22)(q34;q11)
□ ***KMT2A*** – rearanżacja 11q23.3
□ ***ETV6::RUNX1*** – t(12;21)(p13;q11)
□ ***BCL6*** – rearanżacja 3q27
□ ***TCF3::PBX1::HLF*** - t(1;19)(q23;p13.3)/t(17;19)(q22;p13)
□ ***ETV6*** - delecja/rearanżacja 12p13.2
□ ***CRLF*** - rearanżacja Xp22.33/Yp11.32
□ ***TRA/D*** – rearanżacja 14q11.2
□ ***TCRB (TRB)*** – rearanżacja 7q34
□ ***IKZF*** - rearanżacja 7p12.2
□ ***ABL1*** - rearanżacja 9q34.12
□ ***ABL2*** - rearanżacja 1p25.2
□ ***EPOR*** - rearanżacja 19p13.2

MM
□ ***IGH::FGFR3*** - t(4;14)(p16;q32)
□ ***IGH::MAF*** - t(14;16)(q32;q23)
□ ***TP53/CEP17*** – delecja 17p13
□ ***CKS1B/CDKN2C (P18)*** - ocena liczby kopii 1p32.3 i 1q21-q22
□ ***IGH::CCND1*** – t(11;14)(q13;q32)
□ ***IGH::MAFB*** – t(14:20)(q32;q12)
□ ***IGH*** - rearanżacja 14q32.33

CML
□ ***BCR::ABL1*** - t(9;22)(q34;q11)

CLL
□ **PANEL CLL**- del *ATM*(11q22.3), del *TP53*(17p13), del13q14/q34,+12

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