Uniwersytecki Szpital Kliniczny	F-SZ.LAB 2-26	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 BIOLOGII MOLEKULARNEJ

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
□ **Przed leczeniem** □ **Ocena remisji** □ **Wznowa** □ **Po ALLO-SCT** □ **Dawca** □ **Biorca**	**Stosowane leki:** **Kontakt z lekarzem (e-mail / tel.)**	**Wyniki poprzednich badań genetycznych (dołączyć)** 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: ***zaznacz właściwe**

1. NOWOTWORY MIELOPROLIFERACYJNE
□ ***BCR::ABL1*** jakościowo/ilościowo*
TRANSKRYPT (jeśli znany) ……
□ ***JAK2*** V617F
□ ***JAK2*** ekson 12
□ ***MPL*** ekson 10
□ ***CALR*** ekson 9
□ ***ASXL1*** ekson 13
□ ***SRSF2*** ekson 1
□ ***CSF3R*** Thr618 (T618)
□ ***FIP1L1::PDGFRα*** del(4)(q12)
□ ***IDH1*** ekson 4
□ ***IDH2*** ekson 4
□ ***SF3B1*** ekson 13-16

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. ZABEZPIECZENIE MATERIAŁU
□ **DNA**
□ **RNA**

5. OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
□ ***FLT3 ITD***
□ ***FLT3 D835***
□ ***NPM1***
□ ***PML::RARα*** 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

6. CHIMERYZM HEMATOPOETYCZNY
□ **Ocena chimeryzmu**
□ **Zabezpieczenie DNA BIORCY**
□ **Zabezpieczenie DNA DAWCY spokrewnionego**
□ **Zabezpieczenie DNA DAWCY niespokrewnionego**

7. INNE
□ ***BRAF*** Val600Glu (V600E)
□ ***c-KIT*** ekson 17
□ ***MYD88*** Leu252Pro (L252P)
□ ***BCR::ABL1 KD* p210** (badanie na obecność wariantów sekwencji)
□ ***BCR::ABL1 KD* p190** (badanie na obecność wariantów sekwencji)

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