



JEDNOSTKA ZLECAJĄCA / ODBIORCA WYNIKU

DATA POBRANIA :

GODZINA POBRANIA:

PODPIS OSOBY POBIERAJĄCEJ:

Skierowanie na badanie zaburzeń molekularnych

Zakład Diagnostyki Hematologicznej i Genetyki, Pracownia Diagnostyki Molekularnej,

ul. Jakubowskiego 2, 30- 688 Kraków; tel. 12 400 36 69 /fax: 12 400 36 85, e-mail: diagmol@su.krakow.pl

Imię i nazwisko pacjenta: Płeć: K / M

Miejsce zamieszkania:

PESEL: Data urodzenia:

Rozpoznanie / data rozpoznania:

Etap choroby / leczenia

Nr ośrodka kosztów: **PARAMETR WBC W DNIU POBRANIA**

Materiał: Krew 20 ml (JAŁOWO POBRANE) + EDTA (9:1); Szpik 2-3 ml + EDTA 1 ml dobrze wymieszać!; wycinek tkanki
Transport materiału w temp. pokojowej; Przyjęcie materiału: pon. - czw. 7.30 - 15.05, pt. do godz. 13.30

Rodzaj badania:

Diagnostyczne	
Kontrolne	
Ilościowe (RQ-PCR)	

Materiał:

Szpik	
Krew	
Tkanka	

Badanie (zaznaczyć rodzaj aberracji)

CML	BCR-ABL	b2a2/b3a2	
		e1a2	
	Mutacje ABL		
ALL	BCR-ABL	e1a2	
		b2a2/b3a2	
	MLL-AF4		
ALL-B	TEL-AML1		
	E2A-PBX		
ALL-T	SIL-TAL		
	CALM-AF10		
AML	FLT3-ITD		
	FLT3 D835		
	NPM1		
	MLL-PTD		
	CEBP α		
	EVI1		
	WT1		
	ASXL1		
	RUNX-RUNX1 (AML-ETO)		
	PML-RAR α	Bcr1/bcr2	
		Bcr3	
	CBF β -MYH11 (inv16)		

Mastocytoza/AML	KIT D816V	
------------------------	-----------	--

CEL	FIP1L1-PDGFR α	
CMML	ETV6-PDGFR β	

PV	PRV1	
-----------	------	--

MPN	JAK2 V617F	
	CALR eks. 9	
	ASXL1	
	MPL	

CLL	Rearanżacje IgH-VDJ	
NHL	Klonalność TCRB	
	Klonalność TCRG	
	Klonalność IgH-VDJ	

Chimeryzm hematopoetyczny	WBC	
	Limf.T	

Makroglobulinemia	MYD88 L265P	
--------------------------	-------------	--

CLL/AML	TP53	
----------------	------	--

Badanie NGS		
--------------------	--	--

Data przyjęcia materiału:

Godzina przyjęcia materiału:

 Pieczęć i podpis lekarza

Szpital Uniwersytecki w Krakowie Zakład Diagnostyki Hematologicznej i Genetyki	30-688 Kraków, ul. M. Jakubowskiego 2 tel. 12 400 36 69, 12 400 36 77
DEKLARACJA ŚWIADOMEJ ZGODY NA WYKONANIE BADAŃ GENETYCZNYCH	

Dane osoby badanej:

IMIĘ		NAZWISKO	
PESEL		TELEFON KONTAKTOWY	
ADRES			

INFORMACJA DLA PACJENTA

U podstaw chorób genetycznych i większości chorób nowotworowych leżą zmiany materiału genetycznego, które mogą być wyznacznikiem diagnozy i/lub rokowania, a co za tym idzie wdrożenia zgodnego z aktualnym stanem wiedzy i gdy jest to możliwe, bardziej skutecznego leczenia. Prowadzone badania mają na celu korelację zmian genetycznych z przebiegiem klinicznym choroby.

Materiał do badania pobierany będzie jedynie podczas rutynowych badań diagnostycznych. Częstotliwość badań w przebiegu choroby będzie dyktowana częstotliwością pobrań diagnostycznych do oceny przebiegu choroby na zlecenie lekarza prowadzącego. Wyniki badań będą przekazane lekarzowi zlecającemu badanie.

Wyrażam zgodę na pobranie

- ☐ ode mnie ☐ od mojego dziecka ☐ od mojego podopiecznego
materiału biologicznego w postaci
☐ krwi obwodowej ☐ szpiku kostnego ☐ innego materiału
w celu izolacji DNA/RNA oraz wykonania molekularnych/ cytogenetycznych badań diagnostycznych, mających na celu identyfikację zmian w
materiale genetycznym w związku z podejrzeniem/ rozpoznaniem klinicznym choroby

.....
 (Nazwa diagnozowanej jednostki chorobowej lub zakres badań stosownie do sytuacji klinicznej)

w ramach następującego rodzaju diagnostyki genetycznej

- ☐ diagnostyka postnatalna ☐ diagnostyka prenatalna
☐ weryfikacja rozpoznania klinicznego ☐ analiza materiału po poronieniu
☐ określenie stanu bezobjawowego nosicielstwa ☐ diagnostyka *post mortem*
☐ diagnostyka przedobjawowa ☐ bankowanie DNA/RNA
☐ określenie ryzyka zachorowania (w chorobach wieloczynnikowych) ☐ diagnostyka hematologiczna

☐ TAK ☐ NIE

Oświadczam, że:

zostałem/-am poinformowany/-a o istocie podejrzanej choroby i znaczeniu wykonywanych badań molekularnych/ cytogenetycznych dla ustalenia rozpoznania/ oceny przebiegu choroby,

☐ TAK ☐ NIE

otrzymałem/-am wyczerpujące informacje na temat ograniczeń badania oraz znaczenia i konsekwencji uzyskania wyniku dodatniego, ujemnego lub nieinformacyjnego dla osoby badanej i członków rodziny osoby badanej

☐ TAK ☐ NIE

Zgadzam się na przechowywanie (bankowanie) próbki DNA/RNA osoby badanej po zakończeniu diagnostyki z zachowaniem tajemnicy danych

☐ TAK ☐ NIE

Zgadzam się na wykorzystanie uzyskanych wyników testów diagnostycznych w opracowaniach naukowych z zachowaniem warunków anonimowości

☐ TAK ☐ NIE

Zgadzam się na wykorzystanie próbki DNA/RNA oraz danych klinicznych osoby badanej w przyszłych badaniach naukowych mających na celu poszerzenie wiedzy na temat molekularnego podłoża chorób genetycznych i nowotworowych z zachowaniem warunków anonimowości

☐ TAK ☐ NIE

Zgadzam się na informowanie mnie o wynikach przyszłych badań naukowych uzyskanych w trakcie analizy próbki DNA/RNA osoby badanej, jeżeli będą przydatne klinicznie dla osoby badanej lub członków rodziny osoby badanej

☐ TAK ☐ NIE

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w skierowaniu, zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002r. nr 101, poz. 926 z późn. zmianami)

☐ TAK ☐ NIE

Ponadto zostałem/-am poinformowany/-a, że:

- uzyskany wynik badania może wskazywać na konieczność pobrania materiału biologicznego od członków rodziny/ krewnych
 - w niektórych przypadkach (degradacja DNA, wynik nieinformacyjny, badanie nieudane z przyczyn technicznych) konieczne będzie powtórne pobranie materiału
 - wynik badania może pomóc w ustaleniu nosicielstwa defektu genetycznego oraz może stać się podstawą do określenia ryzyka genetycznego dotyczącego określonej jednostki chorobowej
 - w mojej rodzinie oraz wśród moich krewnych
 - wynik badania może wykazać obecność zmian nie związanych ze wskazaniem do badania a posiadających wartość diagnostyczną (tzw. zmiany nieoczekiwane)
- Wyrażam zgodę/ nie wyrażam zgody * na udzielenie mi informacji o ryzyku ujawnienia się w przyszłości patologii związanej ze stwierdzeniem tzw. zmian nieoczekiwanych

PODPIS OSOBY BADANEJ	PODPIS OSOBY UPOWAŻNIONEJ
OŚWIADCZENIE LEKARZA	PIECZĘĆ I PODPIS LEKARZA
Oświadczam, że udzieliłem pacjentowi dokładnych informacji na temat celów i ograniczeń badania oraz znaczenia i konsekwencji uzyskania wyniku dodatniego, ujemnego lub nie informacyjnego dla osoby badanej i członków rodziny.	