

.....
Pieczętka jednostki zlecającej

.....
Lekarz zlecający badanie (pieczętka i podpis)

.....
Data wystawienia skierowania

**SKIEROWANIE na badanie wariantów germinalnych o znaczeniu klinicznym
w wybranych chorobach nerwowo-skrónych
do Laboratorium Hematologii, Pracownia Molekularna I
Uniwersyteckie Centrum Kliniczne, ul. Dębinki 7, 80-952 Gdańsk, tel. 58 349 23 89**

Nazwisko i imię pacjenta: 	Nr badania (wypełnia laboratorium): 	MPK (dotyczy jednostek UCK Gdańsk):
PESEL:		
Materiał: ☐ krew ☐ szpik	Podejrzanie/cel badania:	

Choroby nerwowo-skróne	
	Wykrycie wariantu germinalnego w genie <i>TSC1</i> lub <i>TSC2</i> metodą Sangera (stwardnienie guzowate)
	Analiza rozległych delecji/duplikacji w genie <i>TSC1</i> metodą MLPA (P124 TSC1)
	Analiza rozległych delecji/duplikacji w genie <i>TSC2</i> metodą MLPA (P046 TSC2)
	Analiza rozległych delecji/duplikacji w genie <i>TSC2</i> metodą MLPA - test potwierdzający (P337 TSC2)
	Analiza rozległych delecji/duplikacji w genie <i>NF1</i> metodą MLPA (P081 NF1, P082 NF1)

INFORMACJE DLA JEDNOSTEK ZEWNĘTRZNYCH:

Przyjmowanie materiału: Materiał należy dostarczyć do:

Laboratorium Hematologii UCK (Budynek nr 3, piętro 1), Pracownia Molekularna I (Hematoonkologia), ul. Dębinki 7, 80-952 Gdańsk;
poniedziałek - czwartek.: 7.00 - 15.00, piątek i dni poprzedzające dni wolne od pracy: 7.00-11.00

Przechowywanie i transport: Materiał należy pobrać na EDTA i dostarczyć do Laboratorium w ciągu **24 godzin od momentu pobrania**. Do chwili transportu przechowywać w **4°C**. W czasie transportu, przy temperaturze otoczenia powyżej 20°C, materiał należy zabezpieczyć wkładami chłodzącymi - **MATERIAŁU NIE WOLNO ZAMRAŻAĆ!**

Ilość materiału: 3 ml krwi lub 1 ml szpiku **UWAGA:** Krew jest źródłem materiału do badań pod warunkiem, że w okresie 2 miesięcy poprzedzających badanie, pacjent nie otrzymał transfuzji preparatów krwiopochodnych. W przypadku przeszczepu szpiku, krew i szpik nie mogą być materiałem do badań.

INFORMACJE DLA PACJENTA:

Pobieranie materiału na badania w Punkcie Pobrań UCK (Budynek CMN): poniedziałek – czwartek 6.15 – 13.30

Pacjent nie musi być na czczo w przypadku żadnego z powyższych badań

.....
Data i godzina pobrania:

.....
Osoba pobierająca materiał:

FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA WYKONANIE MOLEKULARNYCH BADAŃ GENETYCZNYCH

Dane osobowe pacjenta:

Imię i nazwisko:

Data urodzenia: PESEL:

Dane osobowe opiekuna prawnego w przypadku osoby niepełnoletniej lub ubezwłasnowolnionej:

Imię i nazwisko:

Adres zamieszkania:

Wyrażam zgodę ☐ * / **Nie wyrażam zgody ☐ ***

na pobranie **ode mnie / od mojego dziecka / od podopiecznego** (właściwie zakreślić) materiału biologicznego (krew / szpik / lub inny) oraz na wykonanie molekularnych badań genetycznych, z wykorzystaniem powyższego materiału, zmierzających do identyfikacji zmian w DNA i/lub RNA, w związku z podejrzeniem lub rozpoznaniem klinicznym choroby.

Wyrażam zgodę ☐ * / **Nie wyrażam zgody ☐ ***

na przechowywanie materiału w celu ponownej analizy diagnostycznej która, w niektórych przypadkach może być niezbędna w przyszłości, ponieważ może zająć potrzeba wykonania dodatkowych badań uzupełniających z materiału archiwalnego, uzasadnionych klinicznym przebiegiem schorzenia.

Wyrażam zgodę ☐ * / **Nie wyrażam zgody ☐ ***

na przechowywanie powyższego materiału po zakończeniu badań diagnostycznych i wykorzystanie danych klinicznych oraz tego materiału do dalszych, genetycznych badań naukowych, mających na celu rozszerzenie wiedzy na temat molekularnego podłoża chorób nowotworowych, prowadzonych w różnych ośrodkach naukowych, w kraju i za granicą, z zachowaniem warunków anonimowości.

***Proszę zaznaczyć odpowiedni kwadrat**

Ponadto zostałam(-em) poinformowana(-y) o możliwości wycofania zgody, w dowolnym momencie i bez żadnych konsekwencji.

.....
Data

.....
Podpis pacjenta / opiekuna prawnego pacjenta

Pacjent / opiekun prawny pacjenta został poinformowany o istocie podejrzanej choroby i znaczeniu diagnostycznym planowanego badania genetycznego.

.....
Data

.....
Podpis i pieczęć lekarza