

Pieczątka jednostki zlecającej

Lekarz zlecający badanie (pieczętka i podpis)

Data wystawienia skierowania

**SKIEROWANIE na badanie hematologiczne
do Laboratorium Hematologii, Pracownia Molekularna I (Hematoonkologia)
Uniwersyteckie Centrum Kliniczne, ul. Dębinki 7, 80-952 Gdańsk, tel. 58 349 23 89**

Nazwisko i imię pacjenta: PESEL: <table style="display: inline-table; border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table>	Nr badania (wypełnia laboratorium):	MPK (dotyczy jednostek UCK Gdańsk): <table style="display: inline-table; border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table>
Materiał: ☐ krew ☐ szpik	Podejrzewane/rozpoznanie i etap leczenia:	Przyjmowane leki:
Badanie: ☐ pierwsze-diagnostyczne ☐ kolejne-monitorujące		

Mieloproliferacje przewlekłe		Mutacje <i>CEBPA</i> exon 1	
<i>BCR-ABL</i> – jakościowo (transkrypty p190, p210, p230)		Mutacje <i>ASXL1</i> exon 12	
<i>BCR-ABL</i> – ilościowo (transkrypt p210: b3a2,b2a2)		Mutacje <i>IDH1</i> R132	
Mutacje domeny kinazowej genu <i>BCR-ABL</i> transkrypt p210; NALEŻY podać aktualny wynik ilościowy transkryptu <i>BCR-ABL</i> :.....		Geny fuzyjne w AML (11 genów fuzyjnych - multiplex) Panel obejmuje: <i>BCR-ABL, CBFB-MYH11, DEK-NUP214, KMT2A-ELL, KMT2A-MLLT3, KMT2A-MLLT4, KMT2A-PTD, NPM1-MLF1, PICALM-MLLT10, PML-RARA, RUNX1-RUNX1T1</i>	
Mutacja <i>JAK2</i> V617F - jakościowo		Panel badań DIAGNOSTYKA AML (panel obejmuje badania: <i>FLT3 ITD, FLT3 KD, NPM1, CEBPA, ASXL1, IDH1</i> , geny fuzyjne w AML)	
Mutacja <i>JAK2</i> V617F - ilościowo		<i>PML-RARA</i> – ilościowo; NALEŻY podać wariant transkryptu:.....	
Mutacje <i>JAK2</i> exon 12		<i>CBFB-MYH11</i> – ilościowo; NALEŻY podać typ transkryptu:.....	
Mutacje <i>CALR</i> exon 9		<i>RUNX1-RUNX1T1</i> – ilościowo	
Mutacje <i>MPL</i> kodon W515		49 genów fuzyjnych i nadekspresja 3 genów w ALL/AML (multiplex)	
<i>FIP1L1-PDGFR</i> jakościowo		Panel szpikowy AmpliSeq Myeloid, metodą NGS (40 genów)	
MDS, AML, ALL		Pozostałe hematologiczne jednostki chorobowe	
Mutacje <i>SF3B1</i> exony 12-16		Stan hipermutacji somatycznej (SHM) genów <i>IGHV</i>	
Mutacje <i>FLT3 ITD</i>		Mutacja <i>MYD88</i> L265P	
Mutacja <i>FLT3 KD</i> D835		Mutacja <i>BRAF</i> V600E	
Mutacje <i>NPM1</i> exon12 – jakościowo, diagnostyka, Sanger		Zabezpieczenie materiału	
Mutacje <i>NPM1</i> typ A, B, D – ilościowo - monitorowanie		Izolacja DNA	
Mutacje <i>NPM1</i> (pozostałe typy) - jakościowo, monitorowanie, GeneScan		Izolacja RNA	
		Izolacja MNC	

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: *BCR-ABL, FIP1L1-PDGFR*, Geny fuzyjne w AML, Panel **DIAGNOSTYKA AML**, *PML-RARA*, 49 genów fuzyjnych **ALL/AML**, *IGHV*, izolacja **RNA**, **MNC**: **10 ml krwi lub 3 ml szpiku**; *NPM1* typ A, B, D – ilościowo: **tylko krew min. 4 ml**, pozostałe badania: 3 ml krwi lub 1 ml szpiku

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** (właściwe 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