

Pieczętka jednostki zlecającej

Lekarz zlecający badanie (pieczętka i podpis)

Data wystawienia skierowania

SKIEROWANIE 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:	Nr badania (wypełnia laboratorium):	MPK (dotyczy jednostek UCK Gdańsk): <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
PESEL: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
Materiał: <input type="checkbox"/> krew <input type="checkbox"/> szpik	Podjęcie/rozpoznanie i etap leczenia:	Przyjmowane leki:
Badanie: <input type="checkbox"/> pierwsze-diagnostyczne	<input type="checkbox"/> kolejne-monitorujące	

Mieloprolifercje przewlekłe	Geny fuzyjne w AML (11 genów fuzyjnych - multiplex)
BCR-ABL – jakościowo (transkrypty p190, p210, p230)	Panel badań DIAGNOSTYKA AML (panel obejmuje badania: FLT3 ITD, FLT3 KD, NPM1, CEBPA, ASXL1, geny fuzyjne w AML)
BCR-ABL – ilościowo (transkrypt p210: b3a2,b2a2)	PML-RARA – ilościowo; NALEŻY podać wariant transkryptu:.....
Mutacje domeny kinazowej genu BCR-ABL transkrypt p210	49 genów fuzyjnych i nadekspresja 3 genów w ALL/AML (multiplex)
Mutacja JAK2 V617F	Panel szpikowy AmpliSeq Myeloid , metodą NGS (40 genów)
Mutacje JAK2 exon 12	Pozostałe hematologiczne jednostki chorobowe
Mutacje CALR exon 9	Stan hipermutacji somatycznej (SHM) genów IGHV
Mutacje MPL kodon 515	Mutacja MYD88 L265P
FIP1L1-PDGFR jakościowo	Mutacja BRAF V600E
MDS, AML, ALL	Zabezpieczenie materiału – izolacja DNA
Mutacje SF3B1 exony 12-16	Zabezpieczenie materiału – izolacja RNA
Mutacje FLT3 ITD	Zabezpieczenie materiału - izolacja MNC
Mutacja FLT3 KD (D835)	Nefropatie (germinalne)
Mutacje NPM1 exon12 – jakościowo, diagnostyka, Sanger	Panel 14 genów, metodą NGS (zespół Alporta)
Mutacje NPM1 typ A, B, D – ilościowo - monitorowanie	Panel 13 genów, metodą NGS (zespół aHUS)
Mutacje NPM1 (pozostałe typy) - jakościowo, monitorowanie, GeneScan	Wariant typowej mutacji germinalnej metodą Sangera (zespół Alporta)
Mutacje ASXL1 exon 12	Wariant nietypowej mutacji germinalnej metodą Sangera (zespół Alporta)
Mutacje CEBPA exon 1	

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** (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 podejrzewanej choroby i znaczeniu diagnostycznym planowanego badania genetycznego.

.....
Data

.....
Podpis i pieczęć lekarza