

.....
Pieczętka jednostki zlecającej

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

.....
Data wystawienia skierowania

**SKIEROWANIE na badanie mutacji germinalnych w nefropatiach
do Laboratorium Hematologii, Pracownia Molekularna I
Uniwersyteckie Centrum Kliniczne, ul. Dębinki 7, 80-952 Gdańsk, tel. 58 349 23 89**

Nazwisko i imię pacjenta: PESEL: <table border="1" style="display: inline-table; width: 150px; height: 20px; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																	Nr badania (wypełnia laboratorium):	MPK (dotyczy jednostek UCK Gdańsk): <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 20px; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 20px; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 20px; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																								
Materiał: ☐ krew ☐ szpik	Podejrzenie/cel badania:																																									

NEFROPATIE GERMINALNE	
☐	Badanie panelu genów, metodą NGS (zespół aHUS)
☐	Badanie panelu genów, metodą NGS (zespół Alporta)
☐	Wykrycie wariantu typowego mutacji germinalnej metodą Sanger (zespół Alporta)
☐	Wykrycie wariantu nietypowego mutacji germinalnej metodą Sanger (zespół Alporta)
☐	Analiza rozległych delecji/duplikacji w genach HNF1B, TBX6, LHX1, TBX1 metodą MLPA
☐	Analiza rozległych delecji/duplikacji w genie NPHP1 metodą MLPA
☐	Analiza rozległych delecji/duplikacji w genie CDH oraz CDI metodą MLPA (P-296)
☐	Analiza rozległych delecji/duplikacji w genach CFH, CFHR1, CFHR2, CFHR3, CFHR4 i CFHR5 metodą MLPA (P-236)
☐	Analiza rozległych delecji/duplikacji metodą MLPA aHUS (zestaw P-236 oraz P-296)

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

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