

**Skierowanie na molekularne badanie hematologiczne do:
Laboratorium Hematologii, Uniwersyteckie Centrum Kliniczne
Ul. M. Smoluchowskiego 17, 80-214 Gdańsk
tel. 58 584 43 89**

Nazwisko i imię pacjenta: PESEL: <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/>	Nr badania (wypełnia laboratorium): <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	MPK (dotyczy jednostek UCK Gdańsk): <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>
Materiał: <input type="checkbox"/> krew <input type="checkbox"/> szpik	Podejrzanie/rozpoznanie i etap leczenia:	Przyjmowane leki:
Badanie: <input type="checkbox"/> pierwsze-diagnostyczne <input type="checkbox"/> kolejne-monitorujące		
MOLEKULARNA DIAGNOSTYKA HEMATOONKOLOGICZNA Tel. 58 584 43 89		
<input type="checkbox"/> Fuzja <i>BCR-ABL</i> – jakościowo metodą RT-PCR: <input type="checkbox"/> p210 <input type="checkbox"/> p190 <input type="checkbox"/> p230	<input type="checkbox"/> Fuzja <i>BCR-ABL</i> (p210) – ilościowo, metodą Real-Time PCR	<input type="checkbox"/> Mutacja genu <i>JAK2</i> (V617F), metodą ARMS- PCR
<input type="checkbox"/> Mutacje genu <i>CALR</i> (exon 9), metodą sekwencjonowania DNA	<input type="checkbox"/> Mutacje genu <i>MPL</i> (kodon 515), metodą sekwencjonowania DNA	<input type="checkbox"/> Mutacje genu <i>JAK2</i> exon 12, metodą sekwencjonowania DNA
<input type="checkbox"/> Mutacje genu <i>NPM1</i> (exon12), metodą sekwencjonowania DNA	<input type="checkbox"/> Mutacje genu <i>ASXL1</i> (exon 12), metodą sekwencjonowania DNA	<input type="checkbox"/> Mutacje genu <i>CEBPA</i> (exon 1), metodą sekwencjonowania DNA
<input type="checkbox"/> Mutacje domeny kinazowej genu <i>BCR-ABL</i> transkrypt p210, metodą sekwencjonowania DNA	<input type="checkbox"/> Mutacje <i>FLT3</i> ITD, metodą analizy fragmentów (GeneScan)	<input type="checkbox"/> Mutacja <i>FLT3</i> KD (D835), metodą analizy restrykcyjnej
<input type="checkbox"/> Mutacja genu <i>BRAF</i> (V600E) metodą AS-PCR	<input type="checkbox"/> Panel 11 genów fuzyjnych w AML (multiplex). Panel obejmuje geny: <i>BCR-ABL</i> , <i>CBFB-MYH11</i> , <i>DEK-NUP214</i> , <i>KMT2A-ELL</i> , <i>KMT2A-MLLT3</i> , <i>KMT2A-MLLT4</i> , <i>KMT2A-PTD</i> , <i>NPM1-MLF1</i> , <i>PICALM-MLLT10</i> , <i>PML-RARA</i> , <i>RUNX1-RUNX1T1</i>	
Fuzja <i>PML-RARA</i> - ilościowo metodą Real-Time PCR. W celu wykonania badania NALEŻY podać wariant transkryptu: <input type="checkbox"/> bcr1 <input type="checkbox"/> bcr2 <input type="checkbox"/> bcr3	<input type="checkbox"/> Panel badań DIAGNOSTYKA AML. Panel obejmuje następujące badania: Geny fuzyjne w AML (11 genów fuzyjnych - multiplex); Mutacje <i>FLT3</i> ITD; Mutacja <i>FLT3</i> KD (D835); <i>CEBPA</i> (exon 1); <i>NPM1</i> (exon12); Mutacje <i>ASXL1</i> (exon 12)	
<input type="checkbox"/> Zabezpieczenie materiału – izolacja komórek jednojądrzastych	<input type="checkbox"/> Zabezpieczenie materiału – izolacja RNA	<input type="checkbox"/> Zabezpieczenie materiału – izolacja DNA
INFORMACJE DLA JEDNOSTEK ZEWNĘTRZNYCH: Przyjmowanie materiału z jednostek zewnętrznych: Materiał należy dostarczyć do: Laboratorium Hematologii UCK (Budynek CMN), ul. M. Smoluchowskiego 17, 80-214 Gdańsk; poniedziałek - czwartek.: 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 do poszczególnych badań: - fuzja <i>BCR-ABL</i> , fuzja <i>PML-RARA</i> , panel genów fuzyjnych w AML, panel diagnostyka AML; mutacje <i>BCR-ABL</i> , <i>NPM1</i> , <i>CEBPA</i> , <i>FLT3</i> (ITD, KD), izolacja komórek jednojądrzastych, izolacja RNA: krew obwodowa - 10 ml lub szpik - 3 ml - mutacje <i>JAK2</i> , <i>CALR</i> , <i>MPL</i> , <i>BRAF</i> , <i>ASXL1</i> , oraz izolacja DNA: krew obwodowa – 2ml lub szpik – 1ml		

INFORMACJE DLA PACJENTA:

Pobieranie materiału na badania w Punkcie Pobrań UCK (Budynek CMN): poniedziałek – czwartek 6.15 – 11.00. 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 zajść 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