

SKIEROWANIE na badania 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):
PESEL:			
Materiał: ☐ krew ☐ szpik		Podejrzanie/rozpoznanie i etap leczenia:	Przyjmowane leki:
Badanie: ☐ pierwsze-diagnostyczne ☐ kolejne-monitorujące			
☐ Fuzja BCR-ABL - jakościowo, metodą RT-PCR: ☐ p210 ☐ p190 ☐ p230	☐ Fuzja BCR-ABL (p210: b3a2,b2a2) – ilościowo, metodą Real-Time PCR	☐ Mutacja genu JAK2 (V617F), metodą ARMS- PCR	
☐ Mutacje genu CALR (exon 9), metodą sekwencjonowania DNA	☐ Mutacje genu MPL (kodon 515), metodą sekwencjonowania DNA	☐ Mutacje genu JAK2 exon 12, metodą sekwencjonowania DNA	
☐ Mutacje genu NPM1 (exon12), metodą sekwencjonowania DNA	☐ Mutacje genu ASXL1 (exon 12), metodą sekwencjonowania DNA	☐ Mutacje genu CEBPA (exon 1), metodą sekwencjonowania DNA	
☐ Mutacje domeny kinazowej genu BCR-ABL transkrypt p210 b2a2, b3a2	☐ Mutacje FLT3 ITD, metodą analizy fragmentów (GeneScan)	☐ Mutacja FLT3 KD (D835), metodą analizy restrykcyjnej	
☐ Mutacja genu BRAF (V600E), metodą AS-PCR	☐ Panel 11 genów fuzyjnych w AML (multiplex), metodą analizy fragmentów (GeneScan). Panel obejmuje geny: <i>BCR-ABL, CBFB-MYH11, DEK-NUP214, KMT2A-ELL, KMT2A-MLLT3, KMT2A-MLLT4, KMT2A-PTD, NPM1-MLF1, PICALM-MLLT10, PML-RARA, RUNX1-RUNX1T1</i>		
Fuzja PML-RARA – ilościowo, metodą Real-Time PCR. W celu wykonania badania NALEŻY podać wariant transkryptu: ☐ bcr1 ☐ bcr2 ☐ bcr3	☐ Panel badań DIAGNOSTYKA AML . Panel obejmuje następujące badania: Geny fuzyjne w AML (11 genów fuzyjnych - multiplex); Mutacje FLT3 ITD; Mutacja FLT3 KD (D835); CEBPA (exon 1); NPM1 (exon12); Mutacje ASXL1 (exon 12)		
☐ Mutacja genu MYD88 (L265P), metodą analizy restrykcyjnej	☐ Mutacje genu SF3B1 (exony 12-16), metodą sekwencjonowania DNA Badanie wykonywane jest sekwencyjnie (kolejno exony: 15-16, 14, 13, 12) zgodnie z częstością występowania mutacji w poszczególnych exonach		
☐ Stan hipermutacji somatycznej (SHM) genów IGHV , metodą sekwencjonowania	☐ Panel 49 genów fuzyjnych + nadekspresja 3 genów w ALL/AML (multiplex)	Zabezpieczenie materiału – izolacja: ☐ DNA ☐ RNA ☐ Komórek jednojądrzastych	

INFORMACJE DLA JEDNOSTEK ZEWNĘTRZNYCH:

Przyjmowanie materiału z jednostek zewnętrznych: 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 do poszczególnych badań:
 - fuzja BCR-ABL, fuzja PML-RARA, panel genów fuzyjnych w AML, panel diagnostyka AML; mutacje BCR-ABL, NPM1, CEBPA, FLT3 (ITD, KD), izolacja komórek jednojądrzastych, izolacja RNA: krew obwodowa - 10 ml lub szpik - 3 ml
 - mutacje JAK2, CALR, MPL, BRAF, ASXL1, MYD88, SF3B1, IGHV 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 – 13.30
Pacjent nie musi być na czczo w przypadku żadnego z powyższych badań.

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