



JEDNOSTKA ZLECAJĄCA / ODBIORCA WYNIKU

DATA POBRANIA : .....

GODZINA POBRANIA: .....

PODPIS OSOBY POBIERAJĄCEJ: .....

**Skierowanie na badanie zaburzeń molekularnych**

Szpital Uniwersytecki w Krakowie Zakład Diagnostyki Hematologicznej i Genetyki,

Pracownia Diagnostyki Molekularnej,

ul. Jakubowskiego 2, 30- 688 Kraków; tel. 12 400 36 69 /fax: 12 400 36 85, e-mail: diagmol@su.krakow.pl

Imię i nazwisko pacjenta: ..... Płeć: K / M

Miejsce zamieszkania: .....

PESEL: ..... Data urodzenia: .....

Rozpoznanie / data rozpoznania: .....

Etap choroby / leczenia .....

Nr ośrodka kosztów: ..... **PARAMETR WBC W DNIU POBRANIA** .....**Materiał: Krew 20 ml (JAŁOWO POBRANE) + EDTA (9:1); Szpik 2-3 ml + EDTA 1 ml dobrze wymieszać!; wycinek tkanki**  
**Transport materiału w temp. pokojowej; Przyjęcie materiału: pon. - czw. 7.30 - 15.05, pt. do godz. 13.30****Rodzaj badania:**

Diagnostyczne	
Kontrolne	
Ilościowe (RQ-PCR)	
Ilościowe (ddPCR)	

**Materiał:**

Szpik	
Krew	
Rodzaj tkanki	

**Badanie (zaznaczyć rodzaj aberracji)**

<b>CML</b>	BCR::ABL1	b2a2/b3a2	
		e1a2	
		atypowa	
Mutacje ABL (NGS)			
<b>ALL</b>	BCR::ABL	e1a2	
		b2a2/b3a2	
		MLL::AF4	
<b>ALL-B</b>	TEL::AML1		
	E2A::PBX		
<b>ALL-T</b>	SIL::TAL		
	CALM::AF10		

<b>Mastocytoma/AML</b>	KIT D816V ddPCR (ilościowo)	
------------------------	-----------------------------	--

<b>CEL</b>	FIP1L1::PDGFRA	
<b>CMML</b>	ETV6::PDGFRB	

<b>PV</b>	PRV1	
-----------	------	--

<b>MPN</b>	JAK2 V617F	
	CALR eks. 9	
	ASXL1 (NGS)	
	MPL	

<b>Wrodzona trombofilia</b>	Mutacje genu protrombiny (G20210A) oraz czynnika V typu Leiden (G1691A)
-----------------------------	---

<b>CLL</b>	Ocena stanu mutacji IgHV	
<b>NHL</b>	Klonalność limf T (TCRB)	
	Klonalność limf T (TCRG)	
	Klonalność limf B (IgH)	

<b>AML</b>	FLT3-ITD		
	FLT3 D835		
	NPM1		
	MLL-PTD		
	CEBPA		
	EVI1		
	WT1		
	ASXL1 (NGS)		
	RUNX::RUNX1T1 (AML-ETO)		
	CBFB::MYH11 (inv16)		
	PML::RARA	Bcr1/bcr2	
		Bcr3	
	Leukemia Panel (geny fuzyjne)		

<b>Chimeryzm hematopoetyczny</b>	WBC	
	Limf.T	

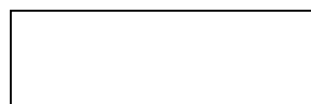
<b>Makroglobulinemia</b>	MYD88 L265P	
	CXCR4 S338X	

<b>CLL/AML</b>	TP53 (NGS)	
----------------	------------	--

<b>Badanie NGS</b>		
--------------------	--	--

Data przyjęcia materiału: .....

Godzina przyjęcia materiału: .....



Pieczęć i podpis lekarza

<b>Szpital Uniwersytecki w Krakowie</b> <b>Zakład Diagnostyki Hematologicznej i Genetyki</b>	<b>30-688 Kraków, ul. M. Jakubowskiego 2</b> <b>tel. 12 400 36 69, 12 400 36 77</b>
---	--

### DEKLARACJA ŚWIADOMEJ ZGODY NA WYKONANIE BADAŃ GENETYCZNYCH

**Dane osoby badanej:**

<b>IMIĘ</b>		<b>NAZWISKO</b>	
<b>PESEL</b>		<b>TELEFON KONTAKTOWY</b>	
<b>ADRES</b>			

### INFORMACJA DLA PACJENTA

U podstaw chorób genetycznych i większości chorób nowotworowych leżą zmiany materiału genetycznego, które mogą być wyznacznikiem diagnozy i/lub rokowania, a co za tym idzie wdrożenia zgodnego z aktualnym stanem wiedzy i gdy jest to możliwe, bardziej skutecznego leczenia. Prowadzone badania mają na celu korelację zmian genetycznych z przebiegiem klinicznym choroby.

Materiał do badania pobierany będzie jedynie podczas rutynowych badań diagnostycznych. Częstotliwość badań w przebiegu choroby będzie dyktowana częstotliwością pobrań diagnostycznych do oceny przebiegu choroby na zlecenie lekarza prowadzącego. Wyniki badań będą przekazane lekarzowi zlecającemu badanie.

**Wyrażam zgodę na pobranie**
 ode mnie       od mojego dziecka       od mojego podopiecznego

**materiału biologicznego w postaci**
 krwi obwodowej       szpiku kostnego       innego materiału .....

w celu izolacji DNA/RNA oraz wykonania molekularnych/ cytogenetycznych badań diagnostycznych, mających na celu identyfikację zmian w materiale genetycznym w związku z podejrzeniem/ rozpoznaniem klinicznym choroby

.....  
(Nazwa diagnozowanej jednostki chorobowej lub zakres badań stosownie do sytuacji klinicznej)

**w ramach następującego rodzaju diagnostyki genetycznej**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> diagnostyka postnatalna<br><input type="checkbox"/> weryfikacja rozpoznania klinicznego<br><input type="checkbox"/> określenie stanu bezobjawowego nosicielstwa<br><input type="checkbox"/> diagnostyka przedobjawowa<br><input type="checkbox"/> określenie ryzyka zachorowania (w chorobach wieloczynnikowych) | <input type="checkbox"/> diagnostyka prenatalna<br><input type="checkbox"/> analiza materiału po poronieniu<br><input type="checkbox"/> diagnostyka <i>post mortem</i><br><input type="checkbox"/> bankowanie DNA/RNA<br><input type="checkbox"/> diagnostyka hematologiczna |
|---|--|

 TAK    NIE

Oświadczam, że:

zostałem/-am poinformowany/-a o istocie podejrzewanej choroby i znaczeniu wykonywanych badań molekularnych/ cytogenetycznych dla ustalenia rozpoznania/ oceny przebiegu choroby,

 TAK    NIE

otrzymałem/-am wyczerpujące informacje na temat ograniczeń badania oraz znaczenia i konsekwencji uzyskania wyniku dodatniego, ujemnego lub nieinformacyjnego dla osoby badanej i członków rodziny osoby badanej

 TAK    NIE

Zgadzam się na przechowywanie (bankowanie) próbki DNA/RNA osoby badanej po zakończeniu diagnostyki z zachowaniem tajemnicy danych

 TAK    NIE

Zgadzam się na wykorzystanie uzyskanych wyników testów diagnostycznych w opracowaniach naukowych z zachowaniem warunków anonimowości

 TAK    NIE

Zgadzam się na wykorzystanie próbki DNA/RNA oraz danych klinicznych osoby badanej w przyszłych badaniach naukowych mających na celu poszerzenie wiedzy na temat molekularnego podłoża chorób genetycznych i nowotworowych z zachowaniem warunków anonimowości

 TAK    NIE

Zgadzam się na informowanie mnie o wynikach przyszłych badań naukowych uzyskanych w trakcie analizy próbki DNA/RNA osoby badanej, jeżeli będą przydatne klinicznie dla osoby badanej lub członków rodziny osoby badanej

 TAK    NIE

Wyrażam zgodę na udzielenie mi informacji o ryzyku ujawnienia się w przyszłości patologii związanej ze stwierdzeniem tzw. zmian nieoczekiwanych

 TAK    NIE

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w skierowaniu, zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (RODO) (Dz.U. 2018 poz. 1000). Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Uniwersytecki w Krakowie adres: ul. Mikołaja Kopernika 36, 31-501 Kraków, telefon 12 424 70 00, e-mail: info@su.krakow.pl.

 TAK    NIE

Ponadto zostałem/-am poinformowany/-a, że:

- uzyskany wynik badania może wskazywać na konieczność pobrania materiału biologicznego od członków rodziny/ krewnych
- w niektórych przypadkach (degradacja DNA, wynik nieinformacyjny, badanie nieudane z przyczyn technicznych) konieczne będzie powtórne pobranie materiału
- wynik badania może pomóc w ustaleniu nosicielstwa defektu genetycznego oraz może stać się podstawą do określenia ryzyka genetycznego dotyczącego określonej jednostki chorobowej w mojej rodzinie oraz wśród moich krewnych
- wynik badania może wykazać obecność zmian nie związanych ze wskazaniem do badania a posiadających wartość diagnostyczną (tzw. zmiany nieoczekiwane)

<b>PODPIS OSOBY BADANEJ</b>	<b>PODPIS PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO</b>
<b>OŚWIADCZENIE LEKARZA</b>	<b>PIECZĘĆ I PODPIS LEKARZA</b>
Oświadczam, że udzieliłem pacjentowi dokładnych informacji na temat celów i ograniczeń badania oraz znaczenia i konsekwencji uzyskania wyniku dodatniego, ujemnego lub nie informacyjnego dla osoby badanej i członków rodziny.	