



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	
Tkanka	
Inne	

Badanie (zaznaczyć rodzaj aberracji)

CML	BCR-ABL	b2a2/b3a2	
		e1a2	
		atypowa	
	Mutacje ABL		
ALL	BCR-ABL	e1a2	
		b2a2/b3a2	
	MLL-AF4		
ALL-B	TEL-AML1		
	E2A-PBX		
ALL-T	SIL-TAL		
	CALM-AF10		

Mastocytoza/AML	KIT D816V	
	KIT D816V ddPCR (ilościowo)	

CEL	FIP1L1-PDGFR α	
CMML	ETV6-PDGFR β	

PV	PRV1	
-----------	------	--

MPN	JAK2 V617F	
	CALR eks. 9	
	ASXL1	
	MPL	

Wrodzona trombofilia	Mutacje genu protrombiny (G20210A) oraz czynnika V typu Leiden (G1691A)	
-----------------------------	---	--

CLL	Rearanżacje IgH-VDJ	
NHL	Klonalność TCRB	
	Klonalność TCRG	
	Klonalność IgH-VDJ	

AML	FLT3-ITD	
	FLT3 D835	
	NPM1	
	MLL-PTD	
	CEBP α	
	EVI1	
	WT1	
	ASXL1	
	RUNX-RUNX1 (AML-ETO)	
	CBF β -MYH11 (inv16)	
	PML-RAR α	Bcr1/bcr2
		Bcr3
Leukemia Panel (geny fuzyjne)		

Chimeryzm hematopoetyczny	WBC	
	Limf.T	

Makroglobulinemia	MYD88 L265P	
	CXCR4 S338X	

CLL/AML	TP53	
----------------	------	--

Badanie NGS		
--------------------	--	--

Data przyjęcia materiału:

Godzina przyjęcia materiału:

Pieczęć i podpis lekarza

Szpital Uniwersytecki w Krakowie Zakład Diagnostyki Hematologicznej i Genetyki		30-688 Kraków, ul. M. Jakubowskiego 2 tel. 12 400 36 69, 12 400 36 77	
DEKLARACJA ŚWIADOMEJ ZGODY NA WYKONANIE BADAŃ GENETYCZNYCH			
Dane osoby badanej:			
IMIĘ		NAZWISKO	
PESEL		TELEFON KONTAKTOWY	
ADRES			

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 korelacje 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.

<u>Wyrażam zgodę na pobranie</u> ☐ ode mnie ☐ od mojego dziecka ☐ od mojego podopiecznego <u>materiału biologicznego w postaci</u> ☐ krwi obwodowej ☐ szpiku kostnego ☐ innego materiału <u>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</u> (Nazwa diagnozowanej jednostki chorobowej lub zakres badań stosownie do sytuacji klinicznej) <u>w ramach następującego rodzaju diagnostyki genetycznej</u> ☐ diagnostyka postnatalna ☐ diagnostyka prenatalna ☐ weryfikacja rozpoznania klinicznego ☐ analiza materiału po poronieniu ☐ określenie stanu bezobjawowego nosicielstwa ☐ diagnostyka <i>post mortem</i> ☐ diagnostyka przedobjawowa ☐ bankowanie DNA/RNA ☐ określenie ryzyka zachorowania (w chorobach wieloczynnikowych) ☐ diagnostyka hematologiczna ☐ TAK ☐ NIE	
Oświadczam, że: zostałem/-am poinformowany/-a o istocie podejrzanej choroby i znaczeniu wykonywanych badań molekularnych/ cytogenetycznych dla ustalenia rozpoznania/ oceny przebiegu choroby, 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 ☐ TAK ☐ NIE
Zgadzam się na przechowywanie (bankowanie) próbki DNA/RNA osoby badanej po zakończeniu diagnostyki <u>z zachowaniem tajemnicy danych</u>	☐ TAK ☐ NIE
Zgadzam się na wykorzystanie uzyskanych wyników testów diagnostycznych w opracowaniach naukowych <u>z zachowaniem warunków anonimowości</u>	☐ 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 <u>z zachowaniem warunków anonimowości</u>	☐ 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 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
 - o moje rodzinie oraz wśród moich krewnych
 - wynik badania może wykazać obecność zmian nie związanych ze wskazaniem do badania a posiadających wartość diagnostyczną (tzw. zmiany nieoczekiwane)
- Wyrażam zgodę/ nie wyrażam zgody * na udzielenie mi informacji o ryzyku ujawnienia się w przyszłości patologii związanej ze stwierdzeniem tzw. zmian nieoczekiwanych

PODPIS OSOBY BADANEJ	PODPIS OSOBY UPOWAŻNIONEJ
OŚWIADCZENIE LEKARZA	PIECZĘĆ I PODPIS LEKARZA
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.	