



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)	
GeneXpert	

Materiał:

Szpik	
Krew	
Rodzaj tkanki	
DNA	

Badanie (zaznaczyć rodzaj aberracji)

CML	BCR::ABL1	b2a2/b3a2	
		e1a2	
		atypowa	
	Mutacje ABL1 (NGS)		
ALL	BCR::ABL1	e1a2	
		b2a2/b3a2	
	KMT2A::AFF1 (MLL::AF4)		
ALL-B	ETV6::RUNX1 (TEL::AML1)		
		TCF3::PBX1 (E2A::PBX)	
ALL-T	STIL::TAL		
		PICALM::MLLT10 (CALM::AF10)	

MDS	SF3B1 (NGS)	
CLL, MDS	TP53 (NGS)	

MLN-TK	FIP1L1::PDGFRA	
	ETV6::PDGFRB	
	ETV6::ABL1 (dgn)	

MPN (ET, PV, MF)	JAK2 V617F	
	CALR eks. 9	
	ASXL1 (NGS)	
	MPL	
	PRV1	

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

CLL	Ocena stanu mutacji IgHV	
Chłoniaki	Klonalność limf T (TCRB)	
	Klonalność limf T (TCRG)	
	Klonalność limf B (IgH)	

AML	FLT3-ITD		
	FLT3 D835		
	NPM1		
	KMT2A-PTD		
	CEBPA		
	IDH1/2		
	MECOM (EVI1)		
	WT1		
	ASXL1 (NGS)		
	RUNX::RUNX1T1 (AML-ETO)		
	CBFB::MYH11 (inv16)		
	PML::RARA	Bcr1/bcr2	
		Bcr3	
	Leukemia Panel (geny fuzyjne)		

Chimeryzm hematopoetyczny	WBC	
	Limf.T	

Makroglobulinemia Waldenströma	MYD88 L265P	
	CXCR4 S338X	

Mastocytoza, AML	KIT D816V ddPCR (ilościowo)	
-------------------------	-----------------------------	--

AML, MPN, MDS, CMML	NGS panel mieloidalny	
----------------------------	-----------------------	--

Data przyjęcia materiału:

Godzina przyjęcia materiału:

Pieczęć i podpis lekarza

