



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)**

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

<b>MDS</b>	SF3B1 (NGS)	
<b>CLL, MDS</b>	TP53 (NGS)	

<b>MLN-TK</b>	FIP1L1::PDGFRA	
	ETV6::PDGFRB	
	ETV6::ABL1 (dgn)	

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

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

<b>CLL</b>	Ocena stanu mutacjiIGHV	
<b>Chłoniaki</b>	Klonalność limf T (TCRG)	
	Klonalność limf T (TCRB)	
	Klonalność limf B (IgH)	

<b>AML</b>	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)		

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

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

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

<b>AML, MPN, MDS, CMML</b>	NGS panel mieloidalny	
----------------------------	-----------------------	--

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 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.

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 12 400 10 00, e-mail: info@su.krakow.pl  TAK  NIE

**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**

diagnostyka postnatalna

diagnostyka prenatalna

weryfikacja rozpoznania klinicznego

analiza materiału po poronieniu

określenie stanu bezobjawowego nosicielstwa

diagnostyka *post mortem*

diagnostyka przedobjawowa

bankowanie DNA/RNA

określenie ryzyka zachorowania (w chorobach wieloczynnikowych)

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

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>OŚWIADCZENIE OSOBY BADANEJ / PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO</b>	<b>PODPIS OSOBY BADANEJ / PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO</b>
Oświadczam, że uzyskałem/-am niezbędne informacje i wyrażam świadomą zgodę na wykonanie badań genetycznych.	
<b>OŚWIADCZENIE LEKARZA</b>	<b>PIECZĘĆ I PODPIS LEKARZA</b>
Oświadczam, że udzieliłem/-am 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.	