

Pracownia Biologii Molekularnej Kliniki Hematologii
Kliniczny Szpital Wojewódzki Nr 1 w Rzeszowie

Data zlecenia:
Data pobrania materiału..... .Godz. pobrania:
Podpis osoby pobierającej:

JEDNOSTKA KIERUJACA:
Kliniczny Szpital Wojewódzki Nr 1
im. Fryderyka Chopina
35-055 Rzeszów, ul. Szopena 2

SKIEROWANIE DO PRACOWNI BIOLOGII MOLEKULARNEJ

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA:

PESEL:

PŁEĆ:

DATA URODZENIA:

KONTAKT:

OPIEKUN USTAWOWY (jeśli dotyczy)

MIEJSCE ZAMIESZKANIA:

ROZPOZNANIE KLINICZNE:

CEL BADANIA

- BADANIE WSTĘPNE Z ZAKRESU DIAGNOSTYKI HEMATOLOGICZNEJ
- BADANIE MRD/MONITORUJĄCE Z ZAKRESU DIAGNOSTYKI HEMATOLOGICZNEJ

MATERIAŁ

KREW OBWODOWA

SZPIK KOSTNY

INNY

PRZEWLEKŁE ZESPOŁY MIELOPROLIFERACYJNE

- Fuzja BCR-ABL (PCR/RQ-PCR)
- JAK2 V617F (AS-RQ-PCR)
- CALR ekzon 9 (HRM)
- ASXL1 eksony 5-12 (NGS)
- Mutacje domeny kinazowej ABL1 (NGS)

OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA

- Fuzja PML-RARA (RQ-PCR)
- Fuzja RUNX1-RUNX1T1 (RQ-PCR)
- Fuzja CBFβ-MYH11 (RQ-PCR)
- FLT3 ITD.+TKD (RFLP)
- TP53 eksony 2-11 (NGS)

PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA

- TP53 eksony 2-11 (NGS)
- Hipermutacja IGVH (NGS)

OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA

- Fuzja BCR-ABL (PCR/RQ-PCR)
- Mutacje domeny kinazowej ABL1 (NGS)

BIOBANKOWANIE

UWAGI

Data:

.....
PODPIS I PIECZĄTKA LEKARZA

DEKLARACJA ŚWIADOMEJ ZGODY
na wykonanie badania genetycznego/cytogenetycznego

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA:

PESEL:

DATA URODZENIA:

Jednostka kierująca: «Jednostki org. szpitala - Nazwa» Klinicznego Szpitala Wojewódzkiego Nr 1 im. Fryderyka Chopina
35-055 Rzeszów, ul. Szopena 2

Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego (jeśli dotyczy):

Adres opiekuna prawnego (jeśli dotyczy):

Materiał badany*:

- krew obwodowa
- szpik kostny
- tkanka guza
- nabłonek jamy ustnej
- inny (wymienić)

Cel badania*: Diagnostyka zmian genetycznych

- wrodzonych
- somatycznych w chorobach nowotworowych

*wypełnia lekarz kierujący lub diagnosta

1. wyrażam zgodę**, na wykonanie w celach medycznych badań cytogenetycznych /genetycznych według załączonego skierowania lekarskiego.

- TAK
- NIE

2. Wyrażam zgodę** na przechowywanie pobranych próbek zgodnie z rozporządzeniem o dokumentacji medycznej, w celu monitorowania stanu mojej choroby i umożliwienia wykonania nowych badań diagnostycznych, wdrażanych w miarę rozwoju nauki w przyszłości.

- TAK
- NIE

**Uwaga! Pola obowiązkowe! Brak zgody jest równoznaczny z odmową wykonania badania! Brak zakreślenia jednej z opcji przez Pacjenta jest równoznaczny z niewyrażeniem zgody.

3. Wyrażam zgodę*** na anonimowe wykorzystanie zarchiwizowanych próbek do celów naukowych, dydaktycznych i walidacyjnych

- TAK
- NIE

Zostałam/em poinformowana/y:

1. o celu badania i sposobach jego wykonania zgodnie z art. 9 ust. 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2019 r. poz. 1127, z późn. zm.), w szczególności o istocie podejrzewanej choroby i znaczeniu diagnostycznym planowanego badania genetycznego.

2. że badanie ma na celu weryfikację rozpoznania choroby i/lub monitorowanie choroby i/lub ustalenie nosicielstwa defektu genetycznego i może wspomóc lekarza w podejmowaniu odpowiednich decyzji terapeutycznych,

3. że pobrany materiał biologiczny zostanie użyty w celu założenia hodowli komórkowych i/lub izolacji DNA, RNA oraz wykonania diagnostyki cytogenetycznej/genetycznej,

4. że istnieje ryzyko degradacji materiału, konieczności ponownego pobrania materiału i/lub nieotrzymania wyniku z przyczyn technicznych,

5. o prawie do wycofania w dowolnym momencie zgody na wykorzystanie zarchiwizowanych próbek (oświadczenie takie musi zostać dostarczone do punktu pobrań w formie pisemnej).

Data:

.....

Czytelny podpis pacjenta / przedstawiciela ustawowego