

UNIWERSYTECKI SZPITAL KLINICZNY W POZNANIU	F-SZ.LAB 2-28	Wydanie 1/2025-06-05
Laboratorium Diagnostyki Hematologicznej		
SKIEROWANIE NA BADANIA GENETYCZNE W RAMACH LECZENIA SZPITALNEGO (NR 129/2016/DSOZ)		

JEDNOSTKA KIERUJĄCA:

Poznań, dnia

IMIĘ I NAZWISKO

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PŁEĆ

☐

K

☐

M

ROZPOZNANIE KLINICZNE			
MATERIAŁ*	☐ krew EDTA ☐ krew heparyna ☐ szpik EDTA ☐ szpik heparyna ☐ inny:	ICD-10	
		Leukocytoza/liczba blastów/ % plazmacytów w zależności od rozpoznania	
Badanie*	☐ PIERWSZE ☐ KOLEJNE	Czy wykonano przeszczep komórek krwiotwórczych?*	☐ TAK ☐ NIE ☐ K ☐ M
Czy wykonano transfuzję w ostatnich 2 miesiącach?*	☐ TAK ☐ NIE	Potwierdzenie histopatologiczne*	☐ TAK ☐ NIE
Sposób kontaktu z pacjentem*	☐ przez lekarza prowadzącego jeśli inny proszę podać	 Data Podpis i pieczęć lekarza	

*zaznaczyć właściwe

RODZAJ ZLECANEGO BADANIA (zaznaczyć właściwe):

Zlecone badania		Rodzaj badania/panelu- WYPEŁNIA DIAGNOSTA LABORATORYJNY			
☐ KARIOTYP	☐ GTG ☐ Inne barwienia	PROCEDURA ROZLICZENIOWA			
		☐ BADANIE PROSTE ☐ BADANIE ZŁOŻONE ☐ BADANIE ZAWANSOWANE Podsumowanie Podpis i pieczęć diagnosty			
Badania FISH (maksymalnie 4)	Rodzaj badania wg (P / ZŁ / ZA)				
1					
2					
3					
4					
Badania molekularne (maksymalnie 4)					
1	P	ZŁ	ZA		
2	P	ZŁ	ZA		
3	P	ZŁ	ZA		
4	P	ZŁ	ZA		

WYPEŁNIA OSOBA POBIERAJĄCA POBRANIE MATERIAŁU DO BADANIA	
Data.....	Godzina.....
POBRAŁ.....	PODPIS.....

WYPEŁNIA LABORATORIUM	
Uwagi: materiał pobrany prawidłowo/ nieprawidłowo	
Data.....	Godzina.....
PRZYJAŁ.....	PODPIS.....

**W LABORATORIUM DIAGNOSTYKI HEMATOLOGICZNEJ
I/LUB
PRACOWNI DIAGNOSTYKI GENETYCZNEJ I MOLEKULARNEJ NOWOTWORÓW
UNIWEKSYTECKIEGO SZPITALA KLINICZNEGO W POZNANIU**

Imię i nazwisko pacjenta:															
PESEL lub (data ur.)													Nr telefonu:		
Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego (jeśli dotyczy):															
CEL BADANIA* : Diagnostyka zmian genetycznych wrodzonych ☐ somatycznych ☐ w chorobach nowotworowych *wypełnia laboratorium lub lekarz kierujący															
1. Wyrażam zgodę, na wykonanie w celach medycznych badań cytogenetycznych /genetycznych/ molekularnych według załączonego skierowania lekarskiego. Tak** Nie**															
2. Wyrażam zgodę na przechowywanie, przetwarzanie, wykorzystywanie i udostępnianie pobranych próbek zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa w celu monitorowania stanu mojej choroby i umożliwienia wykonania nowych badań diagnostycznych, wdrażanych w miarę rozwoju nauki w przyszłości. Tak** Nie**															
3. Wyrażam zgodę na <u>anonimowe</u> wykorzystanie zarchiwizowanych próbek w celu poszerzania wiedzy na temat podłoża genetycznego chorób nowotworowych oraz do celów dydaktycznych. Tak** Nie**															
4. Wyrażam zgodę, na wykonanie dodatkowych badań cytogenetycznych /genetycznych/ molekularnych z zabezpieczonego materiału w celach pogłębienia diagnostyki według obowiązujących rekomendacji postępowania w przypadku chorób nowotworowych. Tak** Nie**															
5. Wyrażam zgodę na informowanie mnie o zmianach tzw. nieoczekiwanych, niezwiązanych ze wskazaniem do badania. Tak** Nie**															
Ponadto zostałam/em poinformowana/y: 1. o celu badania oraz o jego specyfice (informacja ta jest dostępna dla pacjentów w formie pisemnej w rejestracji Laboratorium lub powinna być przedstawiona Państwu przez jednostkę zlecającą badanie, jeżeli nie jest nią Laboratorium Diagnostyki Genetycznej i Molekularnej Nowotworów), 2. o fakcie, że badanie może pomóc w weryfikacji rozpoznania choroby i/lub ustalenia nosicielstwa defektu genetycznego i da możliwość podjęcia przez lekarza odpowiedniej decyzji terapeutycznych, 3. o konieczności wykonania kolejnych badań cytogenetycznych/genetycznych/molekularnych z zabezpieczonego materiału zgodnie z obowiązującymi wytycznymi dotyczącymi diagnostyki chorób nowotworowych, 4. o tym, iż wynik badania genetycznego może wykazać obecność zmian tzw. nieoczekiwanych (nie związanych ze wskazaniem do badania) natomiast mających wartość diagnostyczną, 5. o tym, że pobrany materiał biologiczny zostanie użyty w celu założenia hodowli komórkowych i/lub izolacji DNA, RNA oraz wykonania diagnostyki genetycznej, 6. o możliwości zaistnienia konieczności powtórnego pobrania materiału oraz że istnieje ryzyko niezyskania wyników badań z przyczyn technicznych, 7. o tym, że mimo iż Laboratorium dokłada wszelkich starań, by Państwa materiał genetyczny był przechowywany po zakończeniu diagnostyki w odpowiednich warunkach, istnieje ryzyko jego degradacji (proces naturalny), dlatego może zajść potrzeba ponownego pobrania materiału w przyszłości, 8. o prawie do wycofania w dowolnym momencie zgody na wykorzystanie zarchiwizowanych próbek (oświadczenie takie musi zostać dostarczone do Laboratorium w formie pisemnej).															
Data									Czytelny podpis pacjenta / przedstawiciela ustawowego						