



### ŽÁDANKA NA CYTOGENETICKÉ A FISH VYŠETŘENÍ

Informace o pacientovi		Žadatel /odesílají lékař	
Jméno a příjmení		Jméno lékaře	
Rodné č./číslo pojištěnce		Odbornost	
Adresa		Razítko a podpis (adresa, IČP)	
Kód pojišťovny			
Diagnóza			
Datum a čas odběru			
Datum a čas příjmu			

**Materiál**

**kostní dřev** 2-3 ml kostní dřevě do zkumavky s transportním médiem\*

**periferní krev** 5-7 ml periferní krve do zkumavky s transportním médiem\*

**periferní krev, stimulace PHA, CpG oligo** 5-10 ml periferní krve do heparinu ( Li-Heparin)

**tkáň tumoru/lymfatická uzlina** (tkáň odebraná za sterilních podmínek do zkumavky s transportním médiem\*)

**parafinový řez**

**jiné** odběr a transport po předchozí dohodě

\*zkumavky s transportním médiem dodá cytogenetická laboratoř na vyžádání na uvedených tel. číslech, vzorky transportovat v den odběru v chladu, nemrazit!

**Klinické informace**

Nová diagnóza       Relaps       Sledování, datum předchozího vyšetření:

Léčba       Transplantace       autologní       alogenní

WBCx10<sup>9</sup>/L ..... %blastů .....

Diagnóza:       Suspektní       Znamá

CML    MPD    MDS    AML    ALL    Lymfoproliferace    CLL    NHL    MGUS/MM    jiné

**Požadované vyšetření**

Onkocytogenetické vyšetření – karyotyp       jen FISH       Karyotyp a FISH

FISH vyšetření (hematologické malignity)

<b>Myeloproliferace (MPD)</b> <input type="checkbox"/> MPD panel:t(9;22) BCR/ABL; del(20q12) <input type="checkbox"/> +8; +9 <input type="checkbox"/> del(13q14) D13S319 <input type="checkbox"/> del/t(4q21) PDGFRA/FIP1L1 <input type="checkbox"/> t(5q33) PDGFRB <input type="checkbox"/> t(8p11) FGFR1	<b>Akutní lymfatická leukémie (ALL)</b> <input type="checkbox"/> ALL panel: t(9;22) BCR/ABL, t(8q24) c-MYC, t(11q23) MLL <input type="checkbox"/> del(9p21) CDKN2A <input type="checkbox"/> t(12;21) ETV6/AML1 <input type="checkbox"/> +4;+10;+17 <input type="checkbox"/> t(14q11) TCR a/d
<b>Myelodysplastický sy (MDS)</b> <input type="checkbox"/> MDS panel:-5/del(5q31);-7/del(7q31) <input type="checkbox"/> +8 <input type="checkbox"/> del(20q12) <input type="checkbox"/> t(3q26) EVI1	<b>Chronická lymfatická leukémie (CLL)</b> <input type="checkbox"/> CLL panel: +12; del(13q14) D13S319; del(11q22.3) ATM; del(17p13) p53, t(14q32) IgH <input type="checkbox"/> del(6q21) <input type="checkbox"/> t(11;14) CCND1/IgH <input type="checkbox"/> t(14;18) IgH/BCL2
<b>Chronická myeloidní leukémie (CML)</b> <input type="checkbox"/> t(9;22) BCR/ABL <input type="checkbox"/> del(9q34) ASS <input type="checkbox"/> +8 <input type="checkbox"/> i(17q)	<b>Mnohočetný myelom (MM)</b> <input type="checkbox"/> MM panel (FICTION, FISH na značených p.b): -13/del(13q14) D13S319; t(14q32) IgH; +5+9+15 <input type="checkbox"/> t(11;14) CCND1/IgH <input type="checkbox"/> t(4;14) FGFR3/IgH <input type="checkbox"/> t(14;16) IgH/MAF <input type="checkbox"/> del(17p12) p53 <input type="checkbox"/> amp(1q21)
<b>Akutní myeloidní leukémie (AML)</b> <input type="checkbox"/> AML panel: t(8;21) ETO/AML1; t(15;17) PML/RARA; inv(16) MYH11/CBFB; t(11q23) MLL <input type="checkbox"/> -5/del(5q31); -7/del(7q31) <input type="checkbox"/> +8 <input type="checkbox"/> t(3q26) EVI1 <input type="checkbox"/> t(21q11) AML1 <input type="checkbox"/> del/t(12p12) ETV6	<b>Lymfomy (NHL)</b> <input type="checkbox"/> NHL panel: t(14q32) IgH; t(18q21) BCL2; t(3q27) BCL6 <input type="checkbox"/> t(8q24)/t(8;14) c-MYC/IgH <input type="checkbox"/> t(18q21) MALT1 <input type="checkbox"/> t(11;14) CCND1/IgH <input type="checkbox"/> t(14;18) IgH/BCL2 <input type="checkbox"/> t(11;18) API/MALT1 <input type="checkbox"/> t(14q11) TCR a/d <input type="checkbox"/> t(2p23) ALK
<b>Jiné</b> <input type="checkbox"/>	

## Souhlas vyšetřované/ho (zákonného zástupce) s cytogenetickým a molekulárně-genetickým laboratorním vyšetřením

Jméno vyšetřované/ho:.....

Datum narození:.....

Účel cytogenetického a molekulárně-genetického laboratorního vyšetření: Stanovení karyotypu, detekce specifických chromozomových aberací metodami fluorescenční in situ hybridizace (FISH), komparativní genomové hybridizace (CGH), array CGH, prenatální detekce aneuploidií vybraných chromozomů, detekce mutací genů molekulárně-genetickými metodami.

Cytogenetické a molekulárně-genetické vyšetření z indikace:.....

Ze vzorku:

– periferní krev – plodová voda – pupečnicková krev – vzorek tkáně z choriových klků – vzorek tkáně z potráceného plodu

### A. Prohlášení lékaře - vyplňuje lékař

Prohlašuji, že jsem vyšetřované/mu (zákonnému zástupci) jasně a srozumitelně vysvětlil/a účel, povahu, předpokládaný prospěch, následky a možná rizika výše uvedeného cytogenetického a molekulárně-genetického laboratorního vyšetření. Rovněž jsem vyšetřovanou osobu seznámil/a s možnými výsledky a důsledky toho, že by vyšetření nebylo možno za výše uvedeným účelem provést (nezařadilo by se) nebo by nemělo potřebnou vypovídací schopnost pro naplnění sledovaného účelu. Seznámil/a jsem vyšetřovanou osobu i s možnými riziky a důsledky v případě odmítnutí tohoto vyšetření. Výsledky laboratorního vyšetření budou důvěrné a nebudou bez souhlasu vyšetřované osoby sdělovány třetí straně, pokud platné právní předpisy neurčují jinak.

Jméno

lékaře:.....

Datum:..... Razítko.....

Podpis:.....

### B. Prohlášení vyšetřované osoby

Potvrzuji, že mi bylo poskytnuto genetické poradenství k výše uvedenému cytogenetickému a molekulárně-genetickému laboratornímu vyšetření. Vše mi bylo vysvětleno jasně a srozumitelně. Měl/a jsem možnost vše si řádně, v klidu a v dostatečně poskytnutém čase zvážit, měl/a jsem možnost se lékaře zeptat na vše, co jsem považoval/a za podstatné a probrat s ním vše, čemu jsem nerozuměl/a. Na všechny dotazy jsem dostal/a jasnou a srozumitelnou odpověď.

- **Přeji/nepřeji** si být informován/a o výsledku cytogenetického a molekulárně-genetického laboratorního vyšetření.
- **Souhlasím/nesouhlasím** s případným zapsáním mé osoby do registru nemocných.
- **Souhlasím/nesouhlasím**, aby z odebraného vzorku bylo provedeno některé z následujících cytogenetických a molekulárně-genetických vyšetření:
  - stanovení karyotypu
  - vyšetření specifických chromozomových aberací metodami FISH, CGH, array CGH
  - prenatální detekce aneuploidií vybraných chromozomů
  - detekce mutací genů molekulárně-genetickými metodami
- **Souhlasím/nesouhlasím** s uchováním mé suspenze buněk, kultivovaných z periferní krve, tkáně a s uchováním DNA v laboratoři SPADIA LAB, a.s. pro účely dalšího vyšetřování v závislosti na pokroku ve výzkumu a v zájmu ostatních členů rodiny a se zveřejněním získaných výsledků v odborných publikacích.

**Na základě tohoto poučení prohlašuji, že souhlasím s odběrem příslušného vzorku a s provedením výše popsaného cytogenetického a molekulárně-genetického laboratorního vyšetření.**

Jsem si vědom/a, že svůj souhlas mohu kdykoliv odvolat.

**Prohlašuji, že jsem všem údajům, poučením a souhlasům, které mi byly sděleny a vysvětleny, porozuměl/a.**

V.....  
.....  
podpis vyšetřované osoby (zákonného zástupce)

dne.....

Jméno zákonného zástupce:..... Datum narození:.....

Vztah k vyšetřované osobě:.....

Odběr krve k vyšetření lidské DNA byl proveden s informovaným souhlasem pacienta. Souhlas je založen v lékařské dokumentaci pacienta.

Pacient souhlasí s:  uložením vzorku pro další analýzu  
 anonymním využitím DNA k lékařskému výzkumu