

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		Pohlaví: M Ž	
Diagnóza			
Datum a čas odběru			
Datum a čas příjmu			

Prosím pozor, nutno vyplnit!

Vyplní lékař: Vyplněný a podepsaný informovaný souhlas je součástí žádanky.
 Informovaný souhlas je založen v lékařské dokumentaci pacienta.

Materiál

kostní dřeň 2-3 ml kostní dřeně 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

WBCx10⁹/L %blastů

Diagnóza: Suspektní Známa

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

Požadované vyšetření

Postnatální cytogenetické vyšetření-karyotyp FISH
 Onkocytogenetické vyšetření – karyotyp jen FISH Karyotyp a FISH

FISH vyšetření (hematologické malignity)

Myeloproliferace (MPD) <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	Akutní lymfatická leukémie (ALL) <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
Myelodysplastický sy (MDS) <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	Chronická lymfatické leukémie (CLL) <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
Chronická myeloidní leukémie (CML) <input type="checkbox"/> t(9;22) BCR/ABL <input type="checkbox"/> del(9q34) ASS <input type="checkbox"/> +8 <input type="checkbox"/> i(17q)	Mnohočetný myelom (MM) <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)
Akutní myeloidní leukémie (AML) <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	Lymfomy (NHL) <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
Jiné <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 potraceného plodu – kostní dřeň**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 (nezdařilo 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.– **Přeji si**, aby o výsledku vyšetření byly informovány následující osoby:

Jméno: Adresa:

Jméno: Adresa:

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