

ŽÁDANKA NA LABORATORNÍ VYŠETŘENÍ – LABORATOŘ LÉKAŘSKÉ GENETIKY

MOLEKULÁRNĚ BIOLOGICKÉ VYŠETŘENÍ C



Divadelní 2174/27, 741 01 Nový Jičín
SPADIA LAB, a.s. – Diagnostická laboratoř
 Dr. Martínka 1491/7, 700 30 Ostrava-Hrabůvka
 Tel.: 595 539 232, 734 693 916, zelená linka: 800 100 329 www.spadia.cz

Informace o pacientovi	
Jméno a příjmení	
Rodné číslo/ číslo pojištěnce	
Adresa	
Kód pojišťovny	
Diagnóza základní (kód)	
Datum a čas odběru	

Žadatel/odesílající lékař
Razítko (event. jméno, příjmení a odbornost):
Podpis:

Vyplní lékař: Informovaný souhlas je založen v lékařské dokumentaci pacienta: ANO / NE (nehodící škrtněte)

MATERIÁL	POZOR! vzorky transportovat v den odběru v chladu, nemrazit!
<input type="checkbox"/> periferní krev (5 ml) odebírat do EDTA a dobře promíchat a uvést koncentraci leukocytů ×10 ⁹ /l	
<input type="checkbox"/> aspirát kostní dřevě (5 ml) odebírat do EDTA a dobře promíchat	
<input type="checkbox"/> jiný materiál (po předchozí dohodě), typ materiálu:	
<input type="checkbox"/> bukalní stěr (návod pro odběr je uveden níže)	
<p>Provedení bukalního stěru: používejte pouze určenou soupravu. Vyšetřovaná osoba nesmí min. 60 minut jíst, pít, žvýkat žvýkačky apod. a provádět ústní hygienu (včetně čištění zubů). Pít lze pouze neslazenou a nesyčenou vodu. Před manipulací se stěrovou sadou si umyjte ruce. Vyšetřovaná osoba si vypláchne ústa čistou vodou a polknou sliny. Stěrovou tyčinku vložte do úst a důkladně otírejte bukalní sliznici dutiny ústní pohybem dopředu a dozadu (jako při čištění zubů) po dobu 1 minuty a zároveň tyčinkou otáčejte. Po provedení stěru vložte stěrovou tyčinku do určeného a označeného obalu. Sterilní část odběrové sady nesmí za žádných okolností přijít do styku se žádným jiným materiálem než s bukalní sliznicí.</p>	

Diagnóza: AML ALL MDS MPN jiné (uved'): _____

DIAGNOSTIKA (MOLEKULÁRNÍ BIOLOGIE/NGS)	<input type="checkbox"/> RUTINA	<input type="checkbox"/> STATIM (jen po domluvě)
<input type="checkbox"/> NEXT-GENERATION SEQUENCING (NGS) myeloproliferace		
Akutní myeloidní leukemie – základní panel		
<input type="checkbox"/> NPM-1 (A,B,D) , FLT3/ITD, FLT3/TKD-D835, IDH-1 (exon 4), IDH-2 (exon 4), DNMT3A (exon 23)	Akutní lymfoblastická leukemie	
<input type="checkbox"/> WT1 (<i>pouze periferní krev: 15 ml</i>)	<input type="checkbox"/> BCR/ABL	
Akutní myeloidní leukemie – ostatní <i>(výhradně na základě CG/FISH, event. morfologie/kliniky)</i>		
<input type="checkbox"/> RUNX1/RUNX1T1 (AML1/ETO)	Myeloproliferativní nemoci	
<input type="checkbox"/> CBFβ/MYH 11	<input type="checkbox"/> BCR/ABL	
<input type="checkbox"/> PML/RARα (pouze u suspektní APL)	<input type="checkbox"/> JAK2/V617F	
<input type="checkbox"/> pokud není přítomná mutace JAK2/V617F, tak vyšetřit CALR (exon 9) a MPL (W515L, W515K)		
<input type="checkbox"/> JAK2 (exon 12) v rámci diferenciální diagnostiky polyglobulie při nepřítomnosti mutace JAK2/V617F		
Chronická lymfatická leukemie		
<input type="checkbox"/> mutační analýza IgVH (<i>minimálně 8 ml krve</i>)	Ostatní:	
<input type="checkbox"/> MLPA	<input type="checkbox"/> BRAF - V600E: vlasatobuněčná leukemie	
<input type="checkbox"/> TP53	<input type="checkbox"/> cKIT - exon 17: mastocytóza	
<input type="checkbox"/> jiné, uved':		

SLEDOVÁNÍ	<input type="checkbox"/> RUTINA (pouze Po-Čt, v pátky jen po domluvě)	<input type="checkbox"/> STATIM (jen po domluvě)
<input type="checkbox"/> MRD* a/nebo aberace zjištěné při diagnóze	Pokud pacient předán z jiného centra, uveďte aberace zjištěné při diagnóze	
<input type="checkbox"/> WT1 (<i>pouze periferní krev: 15 ml</i>)		
<input type="checkbox"/> NGS (<i>AML: max 4× rok, ostatní myeloproliferace: 1× rok</i>)	<div style="border: 1px dashed black; width: 200px; height: 80px; margin: 0 auto;"></div>	
<input type="checkbox"/> Prokázaný nebo pravděpodobný relaps, proto požadujeme:		
<input type="checkbox"/> pouze MRD*, resp. výskyt aberací zachycených při diagnóze		
<input type="checkbox"/> základní panel pro AML		
<input type="checkbox"/> NGS		
* minimal residual disease		