

ŽÁDANKA MOLEKULÁRNĚ-BIOLOGICKÉ VYŠETŘENÍ C

Příjmení: Jméno: Štítek OM

Číslo pojistěnce: Pohlaví: M Ž

Pojišťovna: Samoplátce

Datum / čas odběru: / Diagnóza:

Adresa:

Štítek OM

Razítka a podpis lékaře:

Žádku vyplňte čitelně, požadované metody označte vyplněním koleček černou nebo modrou barvou - správně: , chybně:

Prosím pozor:

Vyplněný a podepsaný informovaný souhlas musí být přílohou žádanky, jinak nebude vyšetření provedeno!

Materiál POZOR! vzorky transportovat v den odběru v chladu, nemrazit!

periferní krev (8 ml) odebírat do EDTA a dobře promíchat a uvést koncentraci leukocytůx10⁹/l

aspirát kostní dřeně (5 ml) odebírat do EDTA a dobře promíchat

jiný materiál (po předchozí dohodě), typ materiálu:

bukální stěr

separované buňky (vstupní materiál, typ, počet):

Diagnóza: AML ALL MDS MPN jiné (uved):

DIAGNOSTIKA (MOLEKULÁRNÍ BIOLOGIE/NGS) RUTINA STATIM (jen po domluvě)

<input type="radio"/> NGS - VariantPlex: myeloproliferace - AML, MPN, MDS, lymfoproliferace (DNA)	Akutní lymfoblastická leukémie:
<input type="radio"/> NGS - FusionPlex: myeloproliferace - AML, MPN, MDS (RNA)	<input type="radio"/> BCR/ABL <input type="radio"/> lyzát pro RNASeq (ÚHKT)
<input type="radio"/> TP53 (exon 2-11, vč. MLPA)	Myeloproliferativní nemoci
Akutní myeloidní leukemie - základní panel	<input type="radio"/> BCR/ABL
<input type="radio"/> NPM-1, FLT3/ITD, FLT3/TKD-D835, IDH1/IDH2	<input type="radio"/> JAK2/V617F <input type="radio"/> alelická nálož JAK2/V617F
Akutní myeloidní leukemie - doplněk základního panelu	<input type="radio"/> pokud není přítomná mutace JAK2/V617F, tak vyšetřit CALR (exon 9) a MPL (W515L, W515K)
<input type="radio"/> WT1 (pouze periferní krev, minimálně 8 ml)	<input type="radio"/> JAK2 (exon 12, kodony 537-544) v rámci diferenciální diagnostiky polyglobulie při nepřítomnosti mutace JAK2/V617F
Akutní myeloidní leukemie - ostatní	Ostatní:
<input type="radio"/> RUNX1/RUNX1T1 (AML1/ETO)	<input type="radio"/> BRAF - V600: vlasatobuněčná leukemie
<input type="radio"/> CBFβ/MYH 11	<input type="radio"/> cKIT - exon 17: mastocytóza
<input type="radio"/> PML/RARα (pouze u suspektní APL)	<input type="radio"/> MYD88, CXCR4: Waldenströмова makroglobulinemie
Chronická lymfatická leukemie	<input type="radio"/> jiné, uved:
<input type="radio"/> Stanovení prognózy u CLL pacientů (minimálně 8 ml krve)	
<input type="radio"/> MLPA	
<input type="radio"/> TP53 (exon 2-11, vč. MLPA)	
Mnohočetný myelom	
<input type="radio"/> TP53 (exon 2-11, vč. MLPA)	

SLEDOVÁNÍ RUTINA (pouze Po-Čt) STATIM (jen po domluvě)

kontrola před aloTx po aloTx susp. relaps jiné (uved):

<input type="radio"/> MRD aberace zjištěné při diagnóze	Komentář, poznámka pro laboratoř:
<input type="radio"/> Vyšetření FLT3 (při relapsu)	
<input type="radio"/> WT1 (pouze periferní krev, minimálně 8 ml)	
<input type="radio"/> MRD NGS (AML: max 4x rok, ostatní myeloproliferace: 1x rok)	
<input type="radio"/> Izolace a uložení DNA	

Pokud pacient předán z jiného centra, uveďte aberace zjištěné při diagnóze:



351010526

Souhlas vyšetřované/ho (zákonného zástupce) s molekulárně-genetickým laboratorním vyšetřením.

Prosím pozor: Vyplněný a podepsaný informovaný souhlas musí být přílohou žádanky, jinak nebude vyšetření provedeno!

Jméno vyšetřované/ho: Datum narození:

Účel molekulárně-genetického laboratorního vyšetření:
(ověření/potvrzení dg., zjištění predispozice, zjištění nemoci plodu)

Alternativy navrhovaného molekulárně-genetického vyšetření (jejich vhodnost, přínos a rizika): neexistuje.

Molekulárně-genetické vyšetření z indikace:

Ze vzorku: periferní krev kostní dřeň jiné.....

Prohlášení vyšetřované osoby

Potvrzuji, že mi bylo poskytnuto genetické poradenství k výše uvedenému molekulárně-genetickému laboratornímu vyšetření. Vše mi bylo vysvětleno jasně a srozumitelně. Byla mi sdělena rizika spojená s neočekávanými nálezy, které nejsou účelem genetického laboratorního vyšetření, ale přesto je genetická analýza zjistí. 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 molekulárně-genetického laboratorního vyšetření.
 Přeji / **nepřeji** si být seznámen/a s neočekávanými nálezy molekulárně-genetického laboratorního vyšetření.
 Přeji si, aby o výsledku vyšetření byly informovány následující osoby:

Jméno: Adresa:

Jméno: Adresa:

- Souhlasím** / **nesouhlasím** s **využitím výsledků** genetického laboratorního vyšetření a relevantních informací o mém zdravotním stavu, včetně fotodokumentace, **k vědeckým a výukovým účelům** za podmínky, že tyto údaje budou prezentovány a publikovány pouze v anonymní formě.

Souhlas se skladováním

- Před genetickým vyšetřením, které by se provádělo za jinými účely než uvedeno výše, budu řádně poučen/a a toto vyšetření bude vždy provedeno až s novým informovaným souhlasem. Vzorek bude skladován v laboratoři alespoň po dobu 5 let, nebo dle požadavku lékaře.
- Jestliže bude vzorek mého biologického materiálu dále skladován, **souhlasím** / **nesouhlasím** s jeho využitím **ke kontrole kvality DNA diagnostiky** (vzorek je použit jako kontrola pro vyšetření jiného pacienta).
 - **Souhlasím** / **nesouhlasím** s tím, že mohu být znovu kontaktován/a, na adrese uvedené ve zdravotnické dokumentaci, za účelem souhlasu s **využitím mého skladovaného biologického materiálu** v konkrétním výzkumném projektu.

Nesouhlas se skladováním

- Můj vzorek bude po provedení genetického laboratorního vyšetření **zlikvidován** s tím rizikem, že nebude již možné v budoucnosti výsledky vyšetření v případě potřeby znovu ověřit a že zlikvidování vzorku může vést ke zhoršení dostupnosti diagnostiky u rodinných příslušníků. Dále jsem si vědoma, že pro další genetické testování bude **nutný nový odběr materiálu**.

Na základě tohoto poučení prohlašuji, že souhlasím s odběrem příslušného vzorku a s provedením výše popsaného 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 případě neoznačení možnosti (přeji/nepřeji, souhlasím/nesouhlasím) bude postupováno jako při zvolení kladné odpovědi.

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

Jméno zákonného zástupce: Datum narození:

Vztah k vyšetřované osobě:

Jméno, razítko a podpis lékaře: