

ŽÁDANKA NA CYTOGENETICKÉ A FISH VYŠETŘENÍ

Příjmení: Jméno:

štítek OM

Číslo pojištění: Pohlaví: ☐ M ☐ Ž

Pojišťovna: ☐ Samoplátce

Datum / čas odběru: / Diagnóza:

Adresa:

Razítko a podpis lékaře:

Indikující lékař:

Odbornost:

Žadanku vyplňujte čitelně, požadované metody označte vyplněním koleček černou nebo modrou barvou - správně: ☒, chybně: ☒

Prosím pozor, vyberte jednu z následujících možností!

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

Materiál

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

- | | |
|---|--|
| ☐ kostní dřev 2-3 ml kostní dřev do zkumavky s transportním médiem* | ☐ tkáň tumoru/lymfatická uzlina tkáň odebraná za sterilních podmínek do zkumavky s transportním médiem* |
| ☐ periferní krev 5-7 ml periferní krve do zkumavky s transportním médiem* | ☐ parafrinový řez |
| ☐ periferní krev, stimulace PHA, CpG oligo 5-10 ml periferní krve do heparínu (Li-Heparin) | ☐ jiné (odběr a transport po předchozí dohodě) |

Klinické informace

☐ Nová diagnóza ☐ Relaps ☐ Sledování, datum předchozího vyšetření: ☐ Léčba ☐ Alogenní transplantace

WBCx109/L % blastů

Diagnóza: ☐ Suspektní ☐ Známa

☐ CML ☐ MPN ☐ MDS ☐ AML ☐ ALL ☐ MGUS/MM ☐ CLL ☐ NHL - typ: ☐ jiné:

Požadované onkocytogenetické vyšetření: ☐ Karyotyp ☐ jen FISH ☐ Karyotyp a FISH

FISH vyšetření (hematologické malignity)

Myeloproliferace (MPN)

- ☐ MPN panel: t(9;22) BCR/ABL; del(20q12)
- ☐ +8; +9
- ☐ del/t(4q12) PDGFRA/FIP1L1
- ☐ t(5q33) PDGFRB
- ☐ t(8p11) FGFR1

Myelodysplastický syndrom (MDS)

- ☐ MDS panel: -5/del(5q31); -7/del(7q22/q31)
- ☐ +8
- ☐ del(20q12)
- ☐ t(3q26) MECOM

Chronická myeloidní leukémie (CML)

- ☐ t(9;22) BCR/ABL
- ☐ +8
- ☐ i(17q)

Akutní myeloidní leukémie (AML)

- ☐ AML panel: t(8;21) ETO/AML1; t(15;17) PML/RARA; inv(16) MYH11/CBFB; t(11q23) MLL; -5/del(5q31); -7/del(7q22/q31); t(3q26) MECOM
- ☐ +8
- ☐ t(21q22) AML1
- ☐ del/t(12p13) ETV6

Akutní lymfatická leukémie (ALL)

- ☐ ALL panel: t(9;22) BCR/ABL; t(8q24) CMYC; t(11q23) MLL; del(9p21) CDKN2A
- ☐ t(12;21) ETV6/AML1
- ☐ t(14q11) TCR a/d
- ☐ t(7q34) TCR b

Chronická lymfatická leukémie (CLL)

- ☐ CLL panel: +12; del(13q14) DLEU/LAMP1; del(11q22.3) ATM; del(17p13) TP53; t(14q32) IGH
- ☐ del(6q21/q23)
- ☐ t(11;14) CCND1/IGH
- ☐ t(14;18) IGH/BCL2

Mnohočetný myelom (MM, MGUS)

- ☐ MM panel (FISH, FICTION na značených p.b): -13/del(13q14) RB1/LAMP1; t(14q32) IGH; hyperdiploidie +5+9+15; del(17p12) TP53; amp(1q21)/del(1p32)
- ☐ t(11;14) CCND1/IGH
- ☐ t(4;14) FGFR3/IGH
- ☐ t(14;16) IGH/MAF

Lymfomy (NHL)

- ☐ NHL panel: t(14q32) IGH; t(18q21) BCL2; t(3q27) BCL6
- ☐ t(8q24) CMYC
- ☐ t(8;14) CMYC/IGH
- ☐ t(18q21) MALT1
- ☐ t(11;14) CCND1/IGH
- ☐ t(14;18) IGH/BCL2
- ☐ t(11;18) API/MALT1
- ☐ t(14q11) TCR a/d
- ☐ t(7q34) TCR b
- ☐ t(2p23) ALK

Jiné

☐

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

Jméno vyšetřované/ho:..... Datum narození:.....

Účel/indikace/předpokládaný prospěch genetického laboratorního vyšetření:.....

(ověření/potvrzení diagnózy; zjištění predispozice pro nemoc; zjištění přenašečství pro nemoc; zjištění nemoci plodu)

Alternativy navrhovaného genetického vyšetření (jejich vhodnost, přínos a rizika): neexistují

Ze vzorku: ☐ periferní krev ☐ plodová voda ☐ pupečnicková krev ☐ choriové klky

☐ tkáň: kůže, sval ☐ kostní dřev ☐ otisk tumoru ☐ jiné

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 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 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.

☐ Souhlasím / ☐ nesouhlasím, aby z odebraného vzorku bylo provedeno některé z následujících genetických vyšetření:

- stanovení karyotypu
- stanovení získaných chromozomových aberací (CAPL)
- vyšetření specifických chromozomových aberací metodami FISH, array CGH
- detekce aneuploidií vybraných chromozomů prenatalně
- detekce mutací genů molekulárně-genetickými metodami

☐ Přeji / ☐ nepřeji si být informován/a o výsledku genetického laboratorního vyšetření.

☐ Přeji si, aby o výsledku vyšetření byly informovány následující osoby:

Jméno: Adresa:

☐ Souhlasím / ☐ nesouhlasím* s uchováním mého vzorku (vzorků) pro další analýzu provedenou k mému prospěchu a prospěchu mé rodiny, ale vždy budu před dalším vyšetřením poučen/a a nově navrhovaná genetická vyšetření budou provedena až s mým aktuálním informovaným souhlasem. Vzorek bude skladován v laboratoři dle platné dokumentace vyplývající z normy ČSN EN 15189 v aktuální verzi.

* Můj vzorek (vzorky) budou v případě nesouhlasu po provedení genetického laboratorního vyšetření zlikvidován/y s tím rizikem, že nebude již možné v budoucnosti výsledek vyšetření v případě potřeby znovu ověřit a pro další genetické testování bude nutný nový odběr materiálu

☐ Souhlasím / ☐ nesouhlasím, s využitím výsledků genetického laboratorního vyšetření a relevantních informací o mém zdravotním stavu, včetně fotodokumentace, k vědeckým a výukovým účelům za podmínky prezentace či publikace pouze v anonymní formě.

☐ Souhlasím / ☐ nesouhlasím s případným zapsáním mé osoby do registru nemocných.

Na základě tohoto poučení prohlašuji, že souhlasím s odběrem příslušného vzorku a s provedením výše popsaného 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:.....