

|   |  |
|---|--|
| .....<br>Pieczętka jednostki kierującej/<br>miejsce przesłania wyniku badania | <b>SKIEROWANIE DO PRACOWNI CYTOGENETYKI</b><br>LABORATORIUM DIAGNOSTYKI HEMATOLOGICZNEJ<br><b><u>BADANIE GTG</u></b> |
|---|--|

IMIĘ I NAZWISKO .....

PESEL

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

PŁEĆ

 K M

|   |   |  |   |
|---|---|--|---|
| <b>ROZPOZNANIE KLINICZNE</b>                              |   |  |   |
| <b>MATERIAŁ*</b>  | <input type="checkbox"/> krew <input type="checkbox"/> szpik                            | <b>ICD-10</b>  |   |
|   | <input type="checkbox"/> materiał z biopsji węzła chłonnego                             | <b>Leukocytoza/liczba blastów/<br/>% plazmacytów<br/>w zależności od rozpoznania</b> |   |
| <b>Czy pacjent był leczony?*</b><br><b>Stosowane leki</b> | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE<br>.....                      | <b>Czy wykonano przeszczep komórek krwiotwórczych?*</b>                              | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE |
| <b>Czy wykonano transfuzję w ostatnich 2 miesiącach?*</b> | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE                               | <b>Potwierdzenie histopatologiczne*</b>  | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE |
| <b>Sposób kontaktu z pacjentem*</b>                       | <input type="checkbox"/> przez lekarza prowadzącego<br>jeśli inny proszę podać<br>..... | .....<br>Data  | .....<br>Podpis i pieczętka lekarza                       |

\*zaznaczyć właściwe

|                                      |              |
|--------------------------------------|--------------|
| <b>WYPEŁNIA OSOBA POBIERAJĄCA</b>    |              |
| <b>POBRANIE MATERIAŁU DO BADANIA</b> |              |
| Data.....                            | Godzina..... |
| POBRAŁ.....                          | PODPIS.....  |

|   |
|---|
| <b>WYPEŁNIA LABORATORIUM</b>                                  |
| Uwagi:<br>.....<br>materiał pobrany prawidłowo/ nieprawidłowo |
| Data ..... Godzina .....                                      |
| PODPIS.....   |

## Deklaracja zgody na wykonanie badania genetycznego

### LABORATORIUM DIAGNOSTYKI HEMATOLOGICZNEJ

ul. Szamarzewskiego 84, 60-569 Poznań  
tel. 61 854 95 99, fax. 61 854 95 64

|  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |              |
|--|--|--|--|--|--|---|--|--|--|--|--------------|
| Imię i nazwisko pacjenta:  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |              |
| PESEL/<br>(data ur.)   |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  | Nr telefonu: |
| Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego (jeśli dotyczy):   |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |              |
| CEL BADANIA*: Diagnostyka zmian genetycznych <input checked="" type="checkbox"/> <b>wrodzonych</b> <input type="checkbox"/> <b>somatycznych</b> <input type="checkbox"/> w chorobach hematologicznych<br><small>*wypełnia laboratorium lub lekarz kierujący</small>  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |              |
| 1. Wyrażam zgodę, na wykonanie w celach medycznych badań cytogenetycznych /genetycznych/ molekularnych według załączonego skierowania lekarskiego.<br><b>Tak .....** Nie .....**</b>   |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |              |
| 2. Wyrażam zgodę na przechowywanie, przetwarzanie, wykorzystywanie i udostępnianie pobranych próbek zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa w celu monitorowania stanu mojej choroby i umożliwienia wykonania nowych badań diagnostycznych, wdrażanych w miarę rozwoju nauki w przyszłości.<br><b>Tak .....** Nie .....**</b>  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |              |
| 3. Wyrażam zgodę na <u>anonimowe</u> wykorzystanie zarchiwizowanych próbek w celu poszerzania wiedzy na temat podłoża genetycznego chorób nowotworowych oraz do celów dydaktycznych.<br><b>Tak .....** Nie .....**</b>   |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |              |
| 4. Wyrażam zgodę, na wykonanie dodatkowych badań cytogenetycznych /genetycznych/ molekularnych z zabezpieczonego materiału w celach pogłębienia diagnostyki według obowiązujących rekomendacji postępowania w przypadku chorób hematologicznych.<br><b>Tak .....** Nie .....**</b>   |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |              |
| 5. Wyrażam zgodę na informowanie mnie o zmianach tzw. nieoczekiwanych, niezwiązanych ze wskazaniem do badania.<br><b>Tak .....** Nie .....**</b>   |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |              |
| <b>Ponadto zostałam/em poinformowana/y:</b>  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |              |
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. o celu badania oraz o jego specyfice (informacja ta jest dostępna dla pacjentów w formie pisemnej w rejestracji Laboratorium lub powinna być przedstawiona Państwu przez jednostkę zlecającą badanie, jeżeli nie jest nią Laboratorium Diagnostyki Hematologicznej),</li> <li>2. o fakcie, że badanie może pomóc w weryfikacji rozpoznania choroby i/lub ustalenia nosicielstwa defektu genetycznego i da możliwość podjęcia przez lekarza odpowiednich decyzji terapeutycznych,</li> <li>3. o konieczności wykonania kolejnych badań cytogenetycznych/genetycznych/molekularnych z zabezpieczonego materiału zgodnie z obowiązującymi wytycznymi odnośnie diagnostyki chorób hematologicznych,</li> <li>4. o tym, iż wynik badania genetycznego może wykazać obecność zmian tzw. nieoczekiwanych (nie związanych ze wskazaniem do badania) natomiast mających wartość diagnostyczną,</li> <li>5. o tym, że pobrany materiał biologiczny zostanie użyty w celu założenia hodowli komórkowych i/lub izolacji DNA, RNA oraz wykonania diagnostyki genetycznej,</li> <li>6. o możliwości zaistnienia konieczności powtórnego pobrania materiału oraz że istnieje ryzyko niezyskania wyników badań z przyczyn technicznych,</li> <li>7. o tym, że mimo iż Laboratorium dokłada wszelkich starań, by Państwa materiał genetyczny był przechowywany po zakończeniu diagnostyki w odpowiednich warunkach, istnieje ryzyko jego degradacji (proces naturalny), dlatego może zajść potrzeba ponownego pobrania materiału w przyszłości,</li> <li>8. o prawie do wycofania w dowolnym momencie zgody na wykorzystanie zarchiwizowanych próbek (oświadczenie takie musi zostać dostarczone do Laboratorium w formie pisemnej).</li> </ol> |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |              |
| Data   |  |  |  |  |  | Czytelny podpis pacjenta / przedstawiciela ustawowego |  |  |  |  |              |

\*\* czytelny podpis pacjenta / przedstawiciela ustawowego przy każdym z punktów 1-5