

		Załącznik nr 2 do Procedury nr 276/MZLC/PZ/26/VI PRACOWNIA CYTOGENETYCZNA DZIAŁ DIAGNOSTYKI LABORATORYJNEJ WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY w Białej Podlaskiej ul. Terebelska 57-65, 21-500 Biała Podlaska tel. 83 41 47 656 cytogenetyka@szpitalbp.pl nr wpisu KIDL 121			
		ZLECENIE BADANIA CYTOGENETYCZNEGO			
Jednostka zlecająca badanie (klinika / szpital) lub adres miejsca zamieszkania (odbiorca indywidualny) (nazwa i adres, telefon, pieczęć)		Miejsce przesłania wyniku lub dane osoby upoważnionej do jego odbioru (pieczęć jednostki zlecającej; dane osoby upoważnionej)			
Informacje o pacjencie					
Imię		Nazwisko		Płeć: ☐ M ☐ K	
PESEL / Nazwa i numer dokumentu tożsamości (w przypadku osoby nieposiadającej PESEL)		Data urodzenia		dzień miesiąc rok	
Grupa etniczna					
Zlecane badania Sondy FISH – aberracja chromosomowa / badane geny		☐ KARIOTYP ☐ FISH		☐ ocena komórek CD138- ☐ izolacja plazmocytów CD138+ (zalecana w szpiczaku)	
		☐ diagnostyka ☐ monitorowanie		Tryb zlecenia badania ☐ normalny ☐ pilny	
		☐ Zabezpieczenie materiału do dalszej diagnostyki po weryfikacji rozpoznania ☐ Diagnostyka uzupełniająca ☐ FISH do weryfikacji kariotypu, badana aberracja/geny			
		CHŁONIAKI DOUBLE/TRIPLE HIT ☐ <u>Panel różnicowy chłoniaków</u> [rearanżacja genów MYC, BCL2, BCL6] ☐ t(8;14) MYC::IGH ☐ t(14;18) BCL2::IGH		CHŁONIAKI B KOMÓRKOWE ☐ rearanżacja MYC ☐ t(8;14) MYC::IGH ☐ rearanżacja BCL2 ☐ t(14;18) BCL2::IGH ☐ rearanżacja BCL6 ☐ t(11;14) CCND1::IGH ☐ rearanżacja CCND1 ☐ t(11;14) CCND1::IGH ☐ rearanżacja IGH ☐ rearanżacje wariantowe IGL ☐ rearanżacje wariantowe IGK ☐ rearanżacja IRF4 (diagnostyka LBCL with IRF4-R) ☐ delecja TP53	
CLL ☐ <u>Panel CLL</u> [delecja TP53, delecja ATM, delecja 13q14/monosomia 13 i trisomia 12] ☐ delecja 6q21/6q23 ☐ t(11;14) CCND1::IGH		MM, ocena plazmocytów CD138+ ☐ <u>Panel MM</u> [delecja TP53 / centromer chromosomu 17, rearanżacja IGH, del(1p)/dup(1q)], t(4;14) FGFR3::IGH, t(14;16) MAF::IGH ☐ t(11;14) CCND1::IGH ☐ t(6;14) CCND3::IGH ☐ t(14;20) MAFB::IGH		B-ALL ☐ t(9;22) BCR::ABL1 ☐ t(1;19) TCF::PBX1 ☐ t(4;11) AFF1::KMT2A ☐ t(12;21) ETV6::RUNX1 ☐ rearanżacja KMT2A (11q23)	
MDS ☐ del(5q) / monosomia 5 ☐ del(7q) / monosomia 7 ☐ del(17p) / izochromosom 17q / delecja TP53 ☐ del(20q) / trisomia 8 ☐ utrata chromosomu Y (centromer X i Y) ☐ delecja TET2		AML ☐ t(8;21) RUNX1::RUNX1T1 ☐ inv(16)(t(16;16) CBFB::MYH11 ☐ t(15;17) PML::RARA ☐ t(9;22) BCR::ABL1 ☐ inv(3q)/t(3;3) rearanżacja MECOM (3q26) ☐ rearanżacja KMT2A (11q23) ☐ t(9;11) MLLT3::KMT2A ☐ t(6;9) DEK::NUP214 ☐ rearanżacja NUP98 (11p15) ☐ rearanżacja/delecja ETV6 (12p13) ☐ trisomia 8 ☐ del(17p) / izochromosom 17q / delecja TP53		T-ALL ☐ rearanżacja TCR AD 14q11 ☐ rearanżacja TCR B 7q34	
CML ☐ t(9;22) BCR::ABL1		MPN Ph(-) ☐ rearanżacja PDGFRB (5q32) ☐ rearanżacja JAK2 (9p24)			

		Załącznik nr 2 do Procedury nr 276/MZLC/PZ/26/VI PRACOWNIA CYTOGENETYCZNA DZIAŁ DIAGNOSTYKI LABORATORYJNEJ WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY w Białej Podlaskiej ul. Terebelska 57-65, 21-500 Biała Podlaska tel. 83 41 47 656 cytogenetyka@szpitalbp.pl nr wpisu KIDL 121	
		ZLECENIE BADANIA CYTOGENETYCZNEGO	

	☐ rearanżacja <i>FGFR1</i> (8p11) ☐ delecja (4q12) <i>FIP1L1::PDGFRA</i> CHIMERYZM POTRANSPLANTACYJNY ☐ ocena chromosomów płci X i Y	☐ rearanżacja <i>TCL1</i> 14q32 ☐ rearanżacja <i>TLX1</i> 10q24 ☐ rearanżacja <i>TLX3</i> 5q35 INNA SONDA ☐
--	---	--

Wskazania do wykonania badania

Rozpoznanie choroby		Kod choroby (ICD10)	
Istotne informacje kliniczne / stosowane leczenie / przebieg ciąży (w zależności od choroby)			
Wywiad rodzinny choroby genetyczne w rodzinie / inne istotne informacje			

Przetoczenie: ☐ NIE ☐ TAK (KKCz ☐ , KKP ☐ , FFP ☐) data:.....	Przeszczepienie: ☐ NIE ☐ TAK (HSCT ☐ , narządu ☐) data:.....
--	--

Lekarz zlecający* (dane kontaktowe) Telefon..... (ewentualnie fax/e-mail) (podpis, pieczęć) Data/...../20.....r.	Osoby wyrażające zgodę na pokrycie kosztów badania/-ń <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center; vertical-align: bottom;"> Dyrektor (podpis, pieczęć) </td> <td style="width: 50%; text-align: center; vertical-align: bottom;"> Główny Księgowy (podpis, pieczęć) </td> </tr> </table>	Dyrektor (podpis, pieczęć)	Główny Księgowy (podpis, pieczęć)
Dyrektor (podpis, pieczęć)	Główny Księgowy (podpis, pieczęć)		

*Oświadczam, że zapoznałem się z przekazanymi procedurami w zakresie: Pobierania materiału do badań oraz transportu materiału biologicznego jakie obowiązują w WSzS.

Informacje o materiale biologicznym

Rodzaj materiału (informacje dotyczące procedury pobrania)	☐ krew	☐ szpik	☐ inny:	☐ błoczek parafinowy nr błočka: tkanka:
Kariotyp, FISH – materiał pobrany na heparynę				

Pobranie materiału (zgodnie z procedurami WSzS): Data/...../20.....r.; godzina:.....	Pieczęć i podpis osoby pobierającej
Transport materiału (zgodnie z procedurami WSzS): Nazwa firmy kurierskiej / godzina przekazania do transportu	Podpis osoby przygotowującej wysyłkę materiału
Przyjęcie materiału do laboratorium (zgodnie z procedurami WSzS): Data/...../20.....r.; godzina:.....	Podpis osoby przyjmującej

UWAGA: Drukować dwustronnie