

NAZWISKO															

IMIĘ															

PESEL								DATA URODZENIA (RRRR MM DD)							

NUMER HISTORII CHOROBY										PLEĆ					
										K <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>					

ADRES: ULICA															

MIEJSCOWOŚĆ										KOD POCZTOWY					

Rozpoznanie kliniczne

STOPIEŃ ZAAWANSOWANIA LINIA LECZENIA

RODZAJ MATERIAŁU KREW SZPIK TKANKA ŚWIEŻA WYMAZ OSOCZE

BLOK HP/BACC/CELL BLOCK NR

ZLECONE BADANIA

<input type="checkbox"/> <i>BRCA1 (ek2, 5, 11, 20) – panel przesiewowy</i> <input type="checkbox"/> <i>NOD2</i> <input type="checkbox"/> <i>CHEK2</i> <input type="checkbox"/> <i>CDKN2A</i> <input type="checkbox"/> <i>PALB2</i> MLPA <input type="checkbox"/> <i>BRCA1</i> <input type="checkbox"/> <i>BRCA2</i> <input type="checkbox"/> <i>BRAF V600E ek15</i> <input type="checkbox"/> <i>TERT</i> <input type="checkbox"/> <i>MEN1 (ek2-10)</i> <input type="checkbox"/> <i>THRB (ek7-10)</i> <input type="checkbox"/> <i>H3F3</i> <input type="checkbox"/> <i>DPYD</i> <input type="checkbox"/> <i>MSI</i>	NGS <input type="checkbox"/> <i>BRCA1/BRCA2</i> <input type="checkbox"/> <i>PIK3CA, AKT1, PTEN</i> <input type="checkbox"/> <i>HRD</i> <input type="checkbox"/> <i>panel ginekologiczny – PRZED ZABIEGIEM – NGS+MSI</i> <input type="checkbox"/> <i>panel ginekologiczny – PO ZABIEGU – NGS+MSI</i> <input type="checkbox"/> <i>panel pierś cfDNA</i> <input type="checkbox"/> <i>KRAS, NRAS, BRAF</i> <input type="checkbox"/> <i>panel jelitowy</i> <input type="checkbox"/> <i>KIT, PDGFRα</i> <input type="checkbox"/> <i>Mięsaki - wykrywanie fuzji genowych</i> <input type="checkbox"/> <i>EGFR, ALK, ROS1</i> <input type="checkbox"/> <i>EGFR (T790M)</i> <input type="checkbox"/> <i>Cancer Panel (CPv2_50 genów) tkanka</i> <input type="checkbox"/> <i>CGP (kompleksowe profilowanie genomowe_500 genów)</i> <input type="checkbox"/> <i>panel wielogenowy Oncomine Precision – Genexus</i> <input type="checkbox"/> <i>HR panel wielogenowy</i> <input type="checkbox"/> <i>panel COLON_FAP</i> <input type="checkbox"/> <i>panel COLON_HNPCC</i> <input type="checkbox"/> <i>MEN2 (SDHB,SDHC,SDHD,RET,MAX,VHL)</i>	<input type="checkbox"/> <i>RT-multiplex PCR BCR::ABL1</i> <input type="checkbox"/> <i>RT-qPCR BCR::ABL1</i> <input type="checkbox"/> <i>ABL1</i> <input type="checkbox"/> <i>PML::RARA</i> <input type="checkbox"/> <i>FIP1L1::PDGFRA</i> <input type="checkbox"/> <i>JAK2 V617F</i> <input type="checkbox"/> <i>JAK2 ek12</i> <input type="checkbox"/> <i>MPL ek10</i> <input type="checkbox"/> <i>CALR ek9</i> <input type="checkbox"/> <i>FLT3 ITD ek14</i> <input type="checkbox"/> <i>FLT3 TKD D836</i> <input type="checkbox"/> <i>KIT D816V</i> <input type="checkbox"/> <i>HFE (ek2,4)</i> <input type="checkbox"/> <i>IDH1/IDH2</i> NGS <input type="checkbox"/> <i>panel mieloproliferacyjny AML</i> <input type="checkbox"/> <i>IGHV</i> <input type="checkbox"/> <i>TP53</i>
---	--	---

WIRUSY – METODY qPCR

Leukocyty 10³/μl:.....

<input type="checkbox"/> EBV krew pełna <input type="checkbox"/> EBV limfocyty <input type="checkbox"/> EBV osocze	<input type="checkbox"/> CMV krew pełna <input type="checkbox"/> CMV limfocyty <input type="checkbox"/> CMV osocze	<input type="checkbox"/> HPV <input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> HCV	<input type="checkbox"/> HHV 6/7 <input type="checkbox"/> HHV 8
--	--	--	--

DATA ZLECENIA	OŚRODEK ZLECAJĄCY (PIECZĘĆ)	<input type="checkbox"/> PACJENT WYRAŻA ZGODĘ NA WYKONANIE BADANIA <input type="checkbox"/> PACJENT NIE WYRAŻA ZGODY NA WYKONANIE BADANIA
---------------	-----------------------------	--

DATA I GODZINA POBRANIA/ PODPIS OSOBY POBIERAJĄCEJ	PODPIS I PIECZĘĆ LEKARZA
--	--------------------------

DATA I GODZINA PRZYJĘCIA MATERIAŁU/ PODPIS OSOBY PRZYJMUJĄCEJ	
---	--

DEKLARACJA ŚWIADOMEJ ZGODY NA WYKONANIE BADANIA GENETYCZNEGO

DANE PACJENTA

Imię i Nazwisko	
Data urodzenia	
PESEL	
Adres	

DANE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO (TYLKO GDY DOTYCZY)

Imię i Nazwisko	
Data urodzenia	
PESEL	
Adres	

WYRAŻAM ZGODĘ NA WYKONANIE BADANIA GENETYCZNEGO NA MATERIALE*

KREW/ SZPIK WYMAZ TKANKA ŚWIEŻA BLOK HP/BACC/CELL BLOCK NR
w celu identyfikacji zmian w DNA/RNA w związku z podejrzeniem/rozpoznanie klinicznym choroby

Oświadczenie Pacjenta/Przedstawiciela ustawowego*

W przypadku wykonywania badania z krwi - czy w ciągu ostatnich trzech miesięcy była wykonana u osoby badanej transfuzja krwi pełnej lub przeszczep szpiku.	TAK	NIE
--	-----	-----

Zostałem/-am poinformowany/-a o istocie podejrzonej choroby i znaczeniu wykonywanych badań molekularnych dla ustalenia rozpoznania/lечения/oceny predyspozycji, przebiegu choroby.	TAK	NIE
Wyrażam zgodę na przechowywanie materiału genetycznego DNA/RNA w celu wykonania ewentualnych dodatkowych badań diagnostycznych dla osoby badanej.	TAK	NIE
Wyrażam zgodę na przechowywanie i anonimowe wykorzystanie materiału genetycznego DNA/RNA do badań naukowych, mających na celu rozszerzenie wiedzy na temat molekularnego podłoża diagnozowanej choroby.	TAK	NIE
Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Świętokrzyskie Centrum Onkologii w Kielcach zawartych w skierowaniu i zbieranych w celu wykonania badań genetycznych oraz oświadczam, że dopełniono wobec mnie obowiązku informacyjnego zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchyleniem dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych).	TAK	NIE

Upoważniam (imię i nazwisko, PESEL) do odbioru wyników w przypadku, gdybym sam/a nie mógł/mogła ich odebrać.

Kielce, dnia
.....
Podpis pacjenta (lub przedstawiciela ustawowego)

Pacjent/Przedstawiciela ustawy został poinformowany o szczegółach dotyczących planowanych badań genetycznych oraz możliwych wynikach tych badań, które będą wymagały właściwej interpretacji.

Kielce, dnia
.....
Podpis i pieczęć lekarza

*właściwie zakreślić/podkreślić/zaznaczyć