


**ŚWIĘTOKRZYSKIE CENTRUM ONKOLOGII**  
**ZAKŁAD DIAGNOSTYKI MOLEKULARNEJ**

 25-734 KIELCE UL. ARTWIŃSKIEGO 3,  
 TEL. 41 367 42 58 FAX 60

 .....  
**NR BADANIA**

NAZWISKO

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

IMIE

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

DATA URODZENIA (RRRR MM DD)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

NUMER HISTORII CHOROBY

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PLEĆ

K M 

ADRES: ULICA

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

MIEJSCOWOŚĆ

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

KOD POCZTOWY

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Rozpoznanie kliniczne .....

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

STOPIEŃ ZAAWANSOWANIA: .....

LINIA LECZENIA: .....

RODZAJ MATERIAŁU\*: KREW SZPIK TKANKA ŚWIEŻA WYMAZ

BLOK HP/BACC/CELL BLOCK NR .....

## ZLECONE BADANIA \*

## GENY

- 
- BRCA1 panel przesiewowy
- 
- 
- Badanie profilaktyczne MZ
- 
- 
- NOD2
- 
- 
- CHEK2
- 
- 
- CDKN2A

- 
- BRCA1/BRCA2
- 
- 
- panel FAP
- 
- 
- panel HNPCC
- 
- 
- Cancer Panel
- 
- 
- weryfikacja wyniku
- 
- NGS
- 
- genu.....
- 
- .....mutacji.....
- 
- .....
- 
- .....
- 
- .....metoda Sangera

NGS

- 
- RET
- 
- 
- VHL
- 
- 
- SDHB
- 
- 
- SDHC
- 
- 
- SDHD
- 
- 
- MAX ek4
- 
- 
- MEN1
- 
- 
- THRB ek7, 8, 9, 10

- 
- KRAS, NRAS
- 
- 
- BRAF ek15
- 
- 
- KIT
- 
- 
- PDGFR
- $\alpha$
- 
- 
- EGFR ek18-21
- 
- 
- EGFR (osocze) ek18-21

- 
- RT-multiplex PCR
- 
- BCR/ABL1
- 
- 
- RT-qPCR BCR/ABL1
- 
- 
- bad. mutacji ABL1
- 
- 
- PML-RARA
- 
- 
- FIP1L1-PDGFR
- 
- 
- AML1-ETO
- 
- 
- CBF B - MYH11

- 
- JAK2 V617F
- 
- 
- JAK2 ek12
- 
- 
- MPL ek10
- 
- 
- CALR ek9
- 
- 
- FLT3 ek14
- 
- 
- NPM1 ek12
- 
- 
- KIT D816V
- 
- 
- FLT D836
- 
- 
- CEBPA
- 
- 
- IDH1/IDH2

## WIRUSY – METODY PCR

- 
- EBV krew
- 
- 
- EBV limfocyty
- 
- 
- EBV osocze

- 
- CMV krew
- 
- 
- CMV limfocyty
- 
- 
- CMV osocze

- 
- HPV
- 
- 
- HBV
- 
- 
- HCV
- 
- 
- HIV

OSRODEK ZLECAJĄCY (PIECZEĆ)

DATA ZLECENIA:

PODPIS I PIECZEĆ LEKARZA:

DATA I GODZINA POBRANIA/ PODPIS OSOBY POBIERAJĄCEJ:

DATA I GODZINA PRZYJĘCIA MATERIAŁU/ PODPIS OSOBY PRZYJMUJĄCEJ:

**DEKLARACJA ŚWIADOMEJ ZGODY NA WYKONANIE BADANIA GENETYCZNEGO  
DANE OSOBY BADANEJ**

Imię i Nazwisko	
Data urodzenia	
PESEL	
Adres	

**DANE OPIEKUNA USTAWOWEGO (TYLKO GDY DOTYCZY)**

Imię i Nazwisko	
Data urodzenia	
PESEL	
Adres	

**WYRAŻAM ZGODĘ NA WYKONANIE BADANIA GENETYCZNEGO NA MATERIALE:**

- krew obwodowa/ szpik - wymaz  
 - tkanka świeża - blok(i) parafinowy(e) (FFPE)/ BAC nr.....

w celu wykonania badań molekularnych, mających na celu identyfikację zmian w DNA/RNA w związku z podejrzeniem/rozpoznanie klinicznym choroby:

.....

Zostałem/-am poinformowany/-a o istocie podejrzanej choroby i znaczeniu wykonywanych badań molekularnych dla ustalenia rozpoznania/leczenia/ oceny predyspozycji, przebiegu choroby	TAK	NIE
W przypadku wykonywania badania z krwi - czy w ciągu ostatnich dwóch miesięcy była wykonana u osoby badanej transfuzja krwi?	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 zawartych w skierowaniu, zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002r. nr 101, poz. 926 z późn. zmianami)	TAK	NIE

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

DATA I PODPIS OSOBY BADANEJ/ OPIEKUNA USTAWOWEGO.....

DATA PIECZĘĆ PODPIS LEKARZA.....