

Žádanka k molekulárně genetickému vyšetření



ONKOGENETIKA – LYMFOPROLIFERACE

Jméno a příjmení:				Jméno lékaře, odbornost, IČP/IČZ, Razítko a podpis:
Číslo pojištění:				
Kód pojišťovny:		Pohlaví:	☐ muž ☐ žena	
Základní diagnóza:		ORPHA:		
Datum a čas odběru:				
Datum a čas přezkoumání:	(vyplňuje LAB)			
Datum a čas příjmu:	(vyplňuje LAB)			

Provedení vyšetření:	☐ Rutina	☐ Statim (po předchozí domluvě)
-----------------------------	---------------------------------	--

Materiál:			
☐	Kostní dřeň (3-5 ml, EDTA)	☐	CD19+ subpopulace buněk kostní dřeně
☐	Periferní krev (3-5 ml, EDTA)	☐	ctDNA (periferní krev – zkumavka Streck)
☐	DNA	☐	Materiál je již k dispozici v laboratoři
☐	Parafínový blok / řezy (bioptické číslo):	Procento nádorové tkáně v bloku:	
☐	Mikrodisekce (bioptické číslo):		
Lokalizace odběru tkáně:			
☐	Uzlina	☐	Jiný:

K vyšetření je nutný informovaný souhlas pacienta			
☐	IS je dodaný společně se žádankou	☐	IS je založený v lékařské dokumentaci (nutno doplnit body níže)
Pacient s uložením vzorku pro další analýzu		☐ souhlasí	☐ nesouhlasí
Pacient s uložením a anonymním využitím DNA k výzkumu		☐ souhlasí	☐ nesouhlasí

Klinická data:			
☐	Nová diagnóza	☐	Pacient podstoupil alogenní transplantaci KD – dárce stejného pohlaví
☐	Relaps	☐	Pacient podstoupil alogenní transplantaci KD – dárce opačného pohlaví
☐	Progrese / transformace onemocnění	☐	Diferenciální diagnostika (prosím zaškrtněte zvažované diagnózy)
☐	Další:		

Diagnóza:

☐	Potvrzená	☐	Suspektní
☐	Difúzní velkobuněčný lymfom (DLBCL)	☐	CLL / SLL
☐	Burkittův lymfom (BL)	☐	Waldenströмова makroglobulinémie (WM)
☐	Folikulární lymfom (FL)	☐	Leukémie z vlasatých buněk (HCL)
☐	Lymfom pláštěvých buněk (MCL)	☐	Non-Hodgkinův lymfom, neurčitý typ
☐	Lymfom marginální zóny (MZL)	☐	Jiná:
☐		☐	Hodgkinův lymfom
☐		☐	Periferní T-buněčný lymfom
☐		☐	Nodální T-lymfom s TFH fenotypem
☐		☐	NK-buněčný lymfom

Cílené testování

☐	Varianta L252P v genu <i>MYD88</i>
☐	Varianta S338X v genu <i>CXCR4</i>
☐	Varianta V600E v genu <i>BRAF</i> [A]

NGS vyšetření *

☐	Komplexní NGS vyšetření (DNA [A] / RNA) – analýza variant a fúzních genů
☐	NGS vyšetření (DNA) – analýza variant [A]
☐	Delece / duplikace genu <i>TP53</i> (DNA) [A]
☐	Analýza genové exprese (RNA) - určení COO u DLBCL

Komentář:

* Seznam vyšetřovaných genů a oblastí viz *Aktuální seznam činností prováděných v rámci flexibilního rozsahu akreditace*, www.fno.cz a www.slg.cz



Zdravotnická laboratoř č. 8194 akreditovaná ČIA
dle platné verze ČSN EN ISO 15189

[A] – vyšetření v rozsahu akreditace (lze uplatnit flexibilní přístup k rozsahu akreditace)

Katalog tiskopisů FNO - složka NLP, Kód MTZ: 3602636 Strana 2 (celkem 3) Revize číslo: 01



M 8194

Informovaný souhlas pacienta(tky)

Laboratorní molekulárně genetické vyšetření

Vážená paní, Vážený pane,

vzhledem k tomu, že jako svéprávný jedinec se podílíte významným způsobem na diagnostickém a léčebném postupu navrženém u Vaší osoby (Vašeho dítěte), máte nezadatelné právo být před Vaším rozhodnutím o těchto postupech podrobně informován(a).

Vyšetření je prováděno pro diagnózu:	
Molekulárně genetické vyšetření (specifikujte):	

A. Prohlášení lékaře

Prohlašuji, že jsem vyšetřované osobě, popř. jejímu zákonnému zástupci, jasně a srozumitelně podal/a informaci o jejím zdravotním stavu, podstatě a účelu, předpokládaném prospěchu a možných následcích a rizicích výše uvedeného molekulárně genetického vyšetření (případně neočekávaných nálezů) a také o možných rizicích a důsledku případného odmítnutí tohoto vyšetření. Vyšetřovaná osoba byla informována o dobrovolnosti vyšetření a o skutečnosti, že může kdykoli od vyšetřování odstoupit bez udání důvodu. Byla ujistěna o důvěrnosti výsledků molekulárně genetického vyšetření a o skutečnosti, že tyto výsledky nebudou bez souhlasu vyšetřované osoby/zákonného zástupce sdělovány třetí osobě. S osobními údaji bude nakládáno v souladu se zákonem o ochraně osobních údajů.

Vysvětlující pohovor provedl:

Místo a datum:

identifikace a podpis lékaře

B. Prohlášení vyšetřované osoby/zákonného zástupce

Prohlašuji, že jsem byl/a lékařem srozumitelně informován/a o svém zdravotním stavu, popř. o zdravotním stavu osoby mnou zastupované, o důvodu plánovaného výše uvedeného vyšetření, o možném přínosu, ale také rizicích tohoto vyšetření, případných alternativních možnostech, o důsledcích nálezu (případně neočekávaných nálezů), které s sebou výsledky molekulárně genetického vyšetření mohou nést a také o důsledcích případného odmítnutí vyšetření. Veškeré tyto skutečnosti mi byly lékařem náležitě vysvětleny, porozuměl/a jsem jim a měl/a jsem možnost klást doplňující dotazy, které mi byly zodpovězeny. Dále prohlašuji, že jsem pravdivě informoval/a o skutečnostech podstatných pro provedení vyšetření a nezatajil/a jsem žádné okolnosti, které jsou překážkou k provedení vyšetření.

Na základě poskytnutých informací a vlastního svobodného uvážení prohlašuji, že souhlasím s provedením výše uvedeného laboratorního molekulárně genetického vyšetření. Byl/a jsem poučen/a, že svůj souhlas mohu kdykoli odvolat bez udání důvodu.

☐ **Přeji si** / ☐ **Nepřeji si** být informován/a o výsledku molekulárně genetického vyšetření.

☐ **Přeji si** / ☐ **Nepřeji si** být informován/a o vedlejších nálezech v podobě genetických změn, jejichž povaha může být zárodečná a mohou být proto spojeny se zvýšeným rizikem rozvoje nádorů u mé osoby, popř. mých příbuzných.

Přeji si, aby o výsledku mého molekulárně genetického vyšetření byly informovány následující osoby:

Příjmení:		Jméno:		Datum narození:	
Adresa:					
Příjmení:		Jméno:		Datum narození:	
Adresa:					

☐ **Souhlasím** / ☐ **Nesouhlasím** s uchováním mé DNA pro účely případného dalšího vyšetřování.

☐ **Souhlasím** / ☐ **Nesouhlasím** s případným anonymním zveřejněním získaných výsledků v přednáškách a odborných publikacích.

☐ **Souhlasím** / ☐ **Nesouhlasím** s anonymním využitím DNA k lékařskému výzkumu.

Identifikační údaje vyšetřované(ho):

Příjmení:		Jméno:		Titul:		RČ:	
-----------	--	--------	--	--------	--	-----	--

Případně identifikační údaje zákonného zástupce:

Příjmení:		Jméno:		Datum narození:	
Vztah k vyšetřované osobě:					

Místo a datum:

podpis vyšetřované(ho), zákonného zástupce



Zdravotnická laboratoř č. 8194 akreditovaná ČIA
dle platné verze ČSN EN ISO 15189

[A] – vyšetření v rozsahu akreditace (Ize uplatnit flexibilní přístup k rozsahu akreditace)

Katalog tiskopisů FNO - složka NLP, Kód MTZ: 3602636 Strana 3 (celkem 3) Revize číslo: 01



M 8194