

ZLECENIE NA BADANIE CYTOGENETYCZNE

Pieczętka jednostki zlecającej badanie

ZLECENIE WYPEŁNIA LEKARZ KIERUJĄCY												
IMIĘ I NAZWISKO	PŁEĆ*: <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> M											
Data urodzenia ____ - ____ - ____	PESEL	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>										
ROZPOZNANIE KLINICZNE ICD-10												
MATERIAŁ*: <input type="checkbox"/> szpik kostny <input type="checkbox"/> krew obwodowa												
BADANIE*: <input type="checkbox"/> pierwsze <input type="checkbox"/> kolejne CZY PACJENT BYŁ LECZONY?*: <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie												
STOSOWANE LECZENIE												
PRZESZCZEP KOMÓREK KRWIOTWÓRCZYCH* <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie												
TRANSFUZJA W OSTATNICH 2 MIESIĄCACH* <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie												
Leukocytoza/liczba blastów/%plazmocytoz w zależności od rozpoznania		Data										
		Podpis i pieczętka lekarza kierującego										

RODZAJ ZLECANEJEGO BADANIA *:

KARIOTYP

FISH:

SONDA	SONDA
<input type="checkbox"/> ATM/CEP 11 - del(11)(q22.3)	<input type="checkbox"/> IGH/MYC/CEP8 - t(8;14)(q24;q32)
<input type="checkbox"/> BCL2	<input type="checkbox"/> KMT2A (MLL) - rearanżacja 11q23
<input type="checkbox"/> BCL6	<input type="checkbox"/> MECOM - inv(3)/t(3;3)(q21;q26)
<input type="checkbox"/> BCR/ABL1 - t(9;22)(q34;q11.2)	<input type="checkbox"/> MYC - rearanżacja 8q24
<input type="checkbox"/> CBFβ - inv(16), t(16;16)	<input type="checkbox"/> panel sond CLL - p53(TP53)/ATM D13S319/13qter/12cen
<input type="checkbox"/> CEP8 - trisomia 8	<input type="checkbox"/> del(17)(p13.1)/del(11)(q22.3) del(13)(q14)/del(13)(q34)/ +12
<input type="checkbox"/> CEPX/Y - liczba komórek dawcy/biorecy	<input type="checkbox"/> PDGFRB - rearanżacja 5q32
<input type="checkbox"/> CSF1R - del(5)(q33-34)	<input type="checkbox"/> PML/RARA - t(15;17)(q22;q21)
<input type="checkbox"/> delecja 5q- - (5q31;5q33)	<input type="checkbox"/> PTPRT20q12/SE20 - del(20)(q12)
<input type="checkbox"/> delecja 7q- - (7q22;7q36)	<input type="checkbox"/> RUNX1 - rearanżacja 8q22
<input type="checkbox"/> D13S319/13qter/12cen - del(13)(q14)/del(13)(q34)/ +12	<input type="checkbox"/> RUNX1/RUNX1T1 - t(8;21)(q22;q22)
<input type="checkbox"/> ETV6/RUNX1 t(12;21)(p13;q22)	<input type="checkbox"/> TCF3/PBX1 - t(1;19)(q23;p13.3)
<input type="checkbox"/> FGFR1 - rearanżacja 8p12	<input type="checkbox"/> TP53/CEP17 - del(17)(p13.1)
<input type="checkbox"/> FIP1L1-PDGFR3 - rearanżacja 4q12	<input type="checkbox"/> TP53/ATM - del(17)(p13)/del(11)(q22)
<input type="checkbox"/> IGH - rearanżacja 14q32	<input type="checkbox"/> 1q21/SRD (1p36) - ocena liczby kopii 1q21
<input type="checkbox"/> IGH/BCL2 - t(14;18)(q32;q21)	<input type="checkbox"/> Sonda centromerowa chromosomu
<input type="checkbox"/> IGH/CCND1 - t(11;14)(q13;q32)	<input type="checkbox"/> Sonda malująca chromosom
<input type="checkbox"/> IGH/FGFR3 - t(4;14)(p16;q32)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> IGH/MAF - t(14;16)(q32;q23)	<input type="checkbox"/>

WYPEŁNIA OSOBA POBIERAJĄCA Pobranie materiału do badania

Nazwisko osoby pobierającej

.....

Data godzina

Uwagi:

WYPEŁNIA LABORATORIUM Przyjęcie materiału do badania

nr lab. badania

Nazwisko osoby przyjmującej

.....

Data godzina

Uwagi: