

## ZLECENIE BADANIA CYTOGENETYCZNEGO

Oznaczenie jednostki zlecającej:  
(Wymagane podanie I, V i VII kodu resortowego)

Oznaczenie jednostki wykonującej:  
**Akademicki Ośrodek Diagnostyki Patomorfologicznej  
i Genetyczno-Molekularnej  
Pracownia Cytogenetyczna**  
15-269 Białystok, ul. Waszyngtona 13, e-mail: sekretariat@aodp.pl  
tel./fax +48 (085) 748 59 31, 748 59 10, tel. +48 (085) 748 59 93 (kierownik)  
Kody resortowe: I – 000000210133, V – 01, VII – 005

miejsce na  
nalepkę  
jednostki  
wykonującej

Tryb wykonania:  Normalny       Pilny       Bardzo pilny  
W ramach:       DiLO       Badanie kliniczne, nr protokołu: .....

Oczekiwana data wyniku (dla DiLO):  
RRRRR - MM - DD

### DANE PACJENTA (wypełnia lekarz kierujący)

.....  
Imię (imiona) i nazwisko pacjenta

Płeć:  Kobieta       Mężczyzna  
 Nieokreślona       Nieznana

.....  
Numer PESEL

.....  
Numer pacjenta w systemie szpitalnym

RRRRR - MM - DD  
Data urodzenia (jeżeli brak PESEL)

Dokument stwierdzający tożsamość<sup>1</sup>: .....

Adres miejsca zamieszkania<sup>2</sup>: .....

.....  
Imię (imiona) i nazwisko przedstawiciela ustawowego<sup>4</sup>

.....  
Adres miejsca zamieszkania przedstawiciela ustawowego<sup>2,4</sup>

### DANE KLINICZNE (wypełnia lekarz kierujący)

Rozpoznanie wstępne kliniczne: .....

.....  
wg ICD10 (5 znaków)

Materiał pobrany na heparynę litową:  szpik kostny       krew obwodowa

Badanie:  pierwsze       kolejne

Czy pacjent był leczony?  Tak (wskazać rodzaj terapii)  
 Nie

Stosowane leczenie: .....

Przeszczep komórek krwiotwórczych:  tak       nie

Transfuzja w ostatnich 2 miesiącach:  tak       nie

Czy w rodzinie występowały choroby genetycznie uwarunkowane?  nie       tak - proszę wymienić jednostki chorobowe oraz stopień pokrewieństwa w stosunku do osoby badanej: .....

Leukocytoza/liczba blastów/% plazmocytów (w zależności od rozpoznania): .....

### RODZAJ ZLECONEGO BADANIA (wypełnia lekarz kierujący)

KARIOTYP

FISH

#### SONDA FISH (wypełnić, jeżeli wybrano badanie FISH)

- ATM/CEP 11 - del(11)(q22.3)
- BCL2
- BCL6
- BCR/ABL1 - t(9;22)(q34;q11.2)
- CBFβ - inv(16), t(16;16)
- CEP8 – trisomia 8
- CEPX/Y – liczba komórek dawcy/biorcy
- CSF1R - del(5)(q33-34)
- delecja 5q- - (5q31;5q33)
- delecja 7q- - (7q22;7q36)
- D13S319/13qter/12cen - del(13)(q14)/del(13)(q34)/+12
- ETV6/RUNX1 t(12;21)(p13;q22)
- FGFR1 – rearanżacja 8p12
- FIP1L1-PDGFRα - rearanżacja 4q12
- IGH – rearanżacja 14q32
- IGH/BCL2 – t(14;18)(q32;q21)
- IGH/CCND1 – t(11;14)(q13;q32)
- IGH/FGFR3 – t(4;14)(p16;q32)
- IGH/MAF – t(14;16)(q32;q23)

- IGH/MYC/CEP8 – t(8;14)(q24;q32)
- KMT2A (MLL) - rearanżacja 11q23
- MECOM – inv(3)/t(3;3)(q21;q26)
- MYC – rearanżacja 8q24
- Panel sond CLL - p53(TP53)/ATM D13S319/13qter/12cen
- PDGFRB - rearanżacja 5q32
- PML/RARA – t(15;17)(q22;q21)
- PTPRT20q12/SE20 – del(20)(q12)
- RUNX1 - rearanżacja 8q22
- RUNX1/RUNX1T1 - t(8;21)(q22;q22)
- TCF3/PBX1 – t(1;19)(q23;p13.3)
- TP53/CEP17 - del(17)(p13.1)
- TP53/ATM – del(17)(p13)/del(11)(q22)
- 1q21/SRD (1p36) – ocena liczby kopii 1q21
- Sonda centromerowa chromosomu (wskazać): .....
- Sonda malująca chromosom (wskazać): .....
- Inna (jaka?): .....
- Inna (jaka?): .....
- Inna (jaka?): .....

Data i godzina wystawienia zlecenia:  
RRRRR - MM - DD      HH : MM

Oznaczenie lekarza kierującego<sup>3</sup>: .....

**POBRANIE MATERIAŁU** (wypełnia osoba pobierająca)

Data i godzina pobrania materiału:

RR	RR	-	MM	-	DD	HH	:	MM
----	----	---	----	---	----	----	---	----

Uwagi dot. pobrania: .....

Imię i nazwisko osoby pobierającej

**PRZYJĘCIE MATERIAŁU** (wypełnia jednostka wykonująca)

Data i godzina przyjęcia materiału:

RR	RR	-	MM	-	DD	HH	:	MM
----	----	---	----	---	----	----	---	----

Uwagi dot. przyjęcia: .....

Imię i nazwisko osoby przyjmującej

**INSTRUKCJA WYPEŁNIANIA FORMULARZA:**

- Formularz zlecenia wypełniać czytelnie drukowanymi literami.
- Bez podania kompletnych danych jednostki zlecającej i danych pacjenta, materiał nie będzie badany.

**PRZYPISY:**

- <sup>1</sup> Dokument stwierdzający tożsamość (wypełniać tylko w przypadku braku PESEL) – typ dokumentu (np. prawo jazdy, paszport), kraj wydający, seria i numer.
- <sup>2</sup> Adres – kraj, kod pocztowy, miejscowość, ulica, nr posesji, nr lokalu.
- <sup>3</sup> Oznaczenie – nazwisko i imię, tytuł zawodowy, specjalizacje, numer prawa wykonywania zawodu, podpis.
- <sup>4</sup> Wypełnia się wyłącznie w przypadku, gdy pacjentem jest osoba małoletnia, całkowicie ubezwłasnowolniona lub niezdolna do świadomego wyrażenia zgody.