

ZLECENIE BADANIA ZABURZEŃ MOLEKULARNYCH

Oznaczenie jednostki zlecającej: (Wymagane podanie I, V i VII kodu resortowego)	Oznaczenie jednostki wykonującej: Akademicki Ośrodek Diagnostyki Patomorfologicznej i Genetyczno-Molekularnej Pracownia Genetyczno-Molekularna 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 – 004	miejsce na nalepkę jednostki wykonującej
Tryb wykonania: <input type="checkbox"/> Normalny <input type="checkbox"/> Pilny <input type="checkbox"/> Bardzo pilny W ramach: <input type="checkbox"/> DiLO <input type="checkbox"/> Badanie kliniczne, nr protokołu:		Oczekiwana data wyniku (dla DiLO): RRRR - MM - DD
DANE PACJENTA (wypełnia lekarz kierujący)		
..... Imię (imiona) i nazwisko pacjenta		Płeć: <input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna <input type="checkbox"/> Nieokreślona <input type="checkbox"/> Nieznana
..... Numer PESEL Numer pacjenta w systemie szpitalnym	RRRR - MM - DD Data urodzenia (jeżeli brak PESEL)
Dokument stwierdzający tożsamość ¹ :		
Adres miejsca zamieszkania ² :		
..... Imię (imiona) i nazwisko przedstawiciela ustawowego ⁴ Adres miejsca zamieszkania przedstawiciela ustawowego ^{2,4}	
WYBÓR PŁATNIKA I TRYBU ROZLICZENIA (wypełnia lekarz kierujący)		
NFZ: <input type="checkbox"/> Leczenie szpitalne Nr 129/2019/DSOZ <input type="checkbox"/> Świadczenie Odrębnie Kontraktowane (SOK) <input type="checkbox"/> Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna (AOS)	Inny: <input type="checkbox"/> Usługa komercyjna <input type="checkbox"/> Badanie kliniczne <input type="checkbox"/> Inne (wskazać jakie?):	
Materiał pobrany w trakcie tej samej hospitalizacji, z której pochodzi zlecenie: <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie		
DANE KLINICZNE (wypełnia lekarz kierujący)		
Rozpoznanie wstępne kliniczne: wg ICD10 (5 znaków)
Etap choroby/leczenia:		
Leukocytoza w dniu pobrania:		
UZYSKANE ZGODY PACJENTA (wypełnia lekarz kierujący)		
Wykonanie badania genetycznego: <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	Transmisja wyników drogą elektroniczną: <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
RODZAJ ZLECONEGO BADANIA (wypełnia lekarz kierujący)		
Rodzaj badania: <input type="checkbox"/> diagnostyczne <input type="checkbox"/> kontrolne <input type="checkbox"/> ilościowe (RQ-PCR)		
Badanie (zaznaczyć rodzaj aberracji): <input type="checkbox"/> CML – BCR-ABL – b3a2/b2a2 <input type="checkbox"/> CML – BCR-ABL – e1a2 <input type="checkbox"/> ALL – BCR-ABL – e1a2 <input type="checkbox"/> ALL – BCR-ABL – b3a2/b2a2 <input type="checkbox"/> MPN – JAK2 V617F	<input type="checkbox"/> MPN – NGS Panel (12 genów) JAK2 (w tym V617F, ekson 12), CALR (ekson 9), MPL (ekson 10), ASXL1, CSF3R, DNMT3A, EZH2, IDH1, IDH2, KIT, SETBP1, TET2 Szczegółowe informacje dot. zakresu badania NGS na odwrocie formularza <input type="checkbox"/> CLL – TP53 – NGS (eksyony 2-11) <input type="checkbox"/> MDS – TP53 – NGS (eksyony 2-11)	
MATERIAŁ DIAGNOSTYCZNY (wypełnia lekarz kierujący)		
<input type="checkbox"/> Krew – 10mL (jałowo pobrane) + EDTA 1:9 <input type="checkbox"/> Szpik – 2-3mL + EDTA 1mL (dobrze wymieszać)	Transport materiału w temperaturze pokojowej nie dłuższy niż 24h od daty pobrania. Przyjęcie materiału: pon. – pt. do godz. 15:00.	
Data i godzina wystawienia zlecenia: RRRR - MM - DD HH : MM	Oznaczenie lekarza kierującego ³ :	
Dane kontaktowe do lekarza kierującego:		

INSTRUKCJA WYPEŁNIANIA FORMULARZA:

- Formularz zlecenia wypełniać czytelnie drukowanymi literami.
- Do zlecenia należy dołączyć kopię rozpoznania histopatologicznego.
- Bez podania kompletnych danych jednostki zlecającej i danych pacjenta, materiał nie będzie badany.

PRZYPISY:

¹ Dokument stwierdzający tożsamość (wypełniać tylko w przypadku braku PESEL) – typ dokumentu (np. prawo jazdy, paszport), kraj wydający, seria i numer.

² Adres – kraj, kod pocztowy, miejscowość, ulica, nr posesji, nr lokalu.

³ Oznaczenie – nazwisko i imię, tytuł zawodowy, specjalizacje, numer prawa wykonywania zawodu, podpis.

⁴ Wypełnia się wyłącznie w przypadku, gdy pacjentem jest osoba małoletnia, całkowicie ubezwłasnowolniona lub niezdolna do świadomego wyrażenia zgody.

PRZYJĘCIE MATERIAŁU (wypełnia jednostka wykonująca)

Data i godzina przyjęcia materiału:

RRRRR - MM - DD HH:MM

Uwagi dot. przyjętego materiału:

Imię i nazwisko osoby przyjmującej

LISTA SEKWENCJI TARGETOWYCH (PODDANYCH ANALIZIE) W BADANIU MPN – NGS PANEL

Gene	Accession Number	Exon Number	Assay Type*
JAK2	NM_004972	12, 13, 14, 15, 16	SNV, Indel, CNV
CALR	NM_004343	8, 9	SNV, Indel, CNV, DNA_ANOMALY
MPL	NM_005373	10, 12	SNV, Indel, CNV
ASXL1	NM_015338	11, 12, 13	SNV, Indel, CNV
CSF3R	NM_000760	14, 15, 16	SNV, Indel, CNV
CSF3R	NM_156039	17	SNV, Indel, CNV
CSF3R	NM_172313	10, 18	SNV, Indel, CNV
DNMT3A	NM_022552	2, 3, 5-23	SNV, Indel, CNV
DNMT3A	NM_153759	1, 2	SNV, Indel
DNMT3A	NM_175630	4	SNV, Indel
EZH2	NM_004456	2-20	SNV, Indel, CNV
IDH1	NM_005896	3, 4	SNV, Indel, CNV
IDH2	NM_002168	4, 6	SNV, Indel, CNV
KIT	NM_000222	2, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 17, 18	SNV, Indel, CNV
SETBP1	NM_015559	4 (partial)	SNV, Indel, CNV
TET2	NM_001127208	2, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11	SNV, Indel, CNV
TET2	NM_017628	3	SNV, Indel, CNV

* Assay Type

SNV – Single Nucleotide Variant (zmiana pojedynczego nukleotydu, czyli mutacja punktowa lub polimorfizm pojedynczego nukleotydu, tzw. SNP);

Indel – Insertion or Deletion (insercja lub delecja);

CNV – Copy Number Variation (zmiana liczby kopii genu);

DNA_ANOMALY - Inne aberracje DNA.