

# ŽÁDANKA NA CYTOGENETICKÉ A FISH VYŠETŘENÍ - FNO

Příjmení:  Jméno:  štítek OM

Číslo pojištění:  Pohlaví:  M  Ž

Pojišťovna:   Samoplátce

Datum / čas odběru:  /  Diagnóza:

Adresa:

Razítko a podpis lékaře:

Žádanku vyplňujte čitelně, požadované metody označte vyplněním koleček černou nebo modrou barvou - správně:  , chybně:

Prosím pozor, vyberte jednu z následujících možností!

Vyplní lékař:  Vyplněný a podepsaný informovaný souhlas je součástí žádanky.  Informovaný souhlas je založen v lékařské dokumentaci pacienta.

**Materiál** \* zkumavky s transportním médiem dodá cytogenetická laboratoř na vyžádání na uvedených tel. číslech, vzorky transportovat v den odběru v chladu, nemrazit!

<input type="radio"/> kostní dřeň 2-3 ml kostní dřeně do zkumavky s transportním médiem*	<input type="radio"/> tkáň tumoru/lymfatická uzlina tkáň odebraná za sterilních podmínek do zkumavky s transportním médiem*
<input type="radio"/> periferní krev 5-7 ml periferní krve do zkumavky s transportním médiem*	<input type="radio"/> nátěr kostní dřeně na podložní sklo
<input type="radio"/> periferní krev, stimulace PHA, CpG oligo 5-10 ml periferní krve do heparinu ( Li-Heparin)	<input type="radio"/> nátěr periferní krve na podložní sklo
<input type="radio"/> jiné ..... (odběr a transport po předchozí dohodě)	

**Klinické informace**

Nová diagnóza  Relaps  Sledování  Léčba  Alogenní transplantace

WBCx109/L ..... % blastů .....

Diagnóza:  Suspektní  Známa

CML  MPN  MDS  AML  ALL  MGUS/MM  CLL  NHL - typ: .....  jiné: .....

**Požadované onkocytogenetické vyšetření:**  Karyotyp  jen FISH  Karyotyp a FISH

## FISH vyšetření (hematologické malignity)

<b>Myeloproliferace (MPN) - základní panel</b>	<b>Chronická lymfatické leukémie (CLL)</b>
<input type="radio"/> t(9;22) BCR/ABL; del(20q12); trizomie +8; +9	<input type="radio"/> CLL panel: +12; del(13q14) DLEU/LAMP1; del(11q22.3) ATM; del(17p13) TP53; t(14q32) IGH; del(6q21/q23); del(8q24) CMYC
<b>Myeloproliferace spojeny s eozinofilii</b>	<b>Mnohočetný myelom (MM) + MGUS + AL amyloidóza</b>
<input type="radio"/> del/t(4q12) PDGFRA/FIP1L1; t(5q33) PDGFRB; t(8p11) FGFR1	<input type="radio"/> MM panel (FISH, FICTION-FISH na značených p.b): hyperdiploidie +5+9+15; del(17p13) TP53; amp(1q21)/del(1p32); t(14q32) IGH; t(11;14) CCND1/IGH; t(4;14) FGFR3/IGH; t(14;16) IGH/MAF; t(14;20) IGH/MAFB; t(6;14) CCND3/IGH; t(8;14) CMYC/IGH
<b>Myelodysplastický syndrom (MDS)</b>	<b>Lymfomy (NHL)</b>
<input type="radio"/> základní panel: -5/del(5q31); -7/del(7q22/q31)	<input type="radio"/> DLBCL, tFL, HGBL: t(14q32) IGH; t(18q21) BCL2; t(3q27) BCL6; t(8q24) CMYC
<input type="radio"/> rozšířený panel: -5/del(5q31); -7/del(7q22/q31); +8; del(20q12); t(3q26) MECOM	<input type="radio"/> BL: t(8q24) CMYC; t(14q32) IGH; t(8;14) CMYC/IGH
<b>Chronická myeloidní leukémie (CML)</b>	<input type="radio"/> FL: t(14q32) IGH; t(18q21) BCL2; t(14;18) IGH/BCL2
<input type="radio"/> základní panel: t(9;22) BCR/ABL	<input type="radio"/> MCL: t(14q32) IGH; t(11;14) CCND1/IGH
<input type="radio"/> rozšířený panel: t(9;22) BCR/ABL; del(9q34) ASS; +8; i(17q)	<input type="radio"/> EN MZL: t(14q32) IGH; t(18q21) MALT1; t(11;18) API/MALT1
<b>Akutní myeloidní leukémie (AML)</b>	<input type="radio"/> jiné B-NHL: t(14q32) IGH
<input type="radio"/> AML panel: t(8;21) ETO/AML1; inv(16) MYH11/CBFB; t(11q23) MLL; t(3q26) MECOM; -5/del(5q31); -7/del(7q22/q31)	<input type="radio"/> T-buněčné NHL: t(14q11) TCR α/δ; t(7q34) TCR β
<input type="radio"/> t(15;17) PML/RARA	<input type="radio"/> ALCL: t(14q11) TCR α/δ; t(7q34) TCR β; t(2p23) ALK
<b>Akutní lymfatická leukémie (ALL)</b>	<b>Jiné</b>
<input type="radio"/> B-ALL panel: t(9;22) BCR/ABL; t(8q24) CMYC; t(11q23) MLL; del(9p21) CDKN2A	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> T-ALL panel: t(14q11) TCR α/δ; t(7q34) TCR β	

## Souhlas vyšetřované/ho (zákonného zástupce) s cytogenetickým a molekulárně-genetickým laboratorním vyšetřením

Jméno vyšetřované/ho: ..... Datum narození: .....

Datum narození: .....

Účel cytogenetického a molekulárně-genetického laboratorního vyšetření: Stanovení karyotypu, detekce specifických chromozomových aberací metodami fluorescenční in situ hybridizace (FISH), komparativní genomové hybridizace (CGH), array CGH, prenatální detekce aneuploidii vybraných chromozomů, detekce mutací genů molekulárně-genetickými metodami.

Cytogenetické a molekulárně-genetické vyšetření z indikace: .....

Ze vzorku:  periferní krev  plodová voda  pupečnicková krev  vzorek tkáně z choriových klků  
 vzorek tkáně z potraceného plodu  kostní dřeň

### A. Prohlášení lékaře - vyplňuje lékař

Prohlašuji, že jsem vyšetřované/mu (zákonnému zástupci) jasně a srozumitelně vysvětlil/a účel, povahu, předpokládaný prospěch, následky a možná rizika výše uvedeného cytogenetického a molekulárně-genetického laboratorního vyšetření. Rovněž jsem vyšetřovanou osobu seznámil/a s možnými výsledky a důsledky toho, že by vyšetření nebylo možno za výše uvedeným účelem provést (neždařilo by se) nebo by nemělo potřebnou vypovídací schopnost pro naplnění sledovaného účelu. Seznámil/a jsem vyšetřovanou osobu i s možnými riziky a důsledky v případě odmítnutí tohoto vyšetření. Výsledky laboratorního vyšetření budou důvěrné a nebudou bez souhlasu vyšetřované osoby sdělovány třetí straně, pokud platné právní předpisy neurčují jinak.

Jméno lékaře: ..... Datum: .....

Razítko: ..... Podpis: .....

### B. Prohlášení vyšetřované osoby

Potvrzuji, že mi bylo poskytnuto genetické poradenství k výše uvedenému cytogenetickému a molekulárně-genetickému laboratornímu vyšetření. Vše mi bylo vysvětleno jasně a srozumitelně. Měl/a jsem možnost vše si řádně, v klidu a v dostatečně poskytnutém čase zvážit, měl/a jsem možnost se lékařem zeptat na vše, co jsem považoval/a za podstatné a probrat s ním vše, čemu jsem nerozuměl/a. Na všechny dotazy jsem dostal/a jasnou a srozumitelnou odpověď.

**Přeji** /  **nepřeji** si být informován/a o výsledku cytogenetického a molekulárně-genetického laboratorního vyšetření.

**Přeji si**, aby o výsledku vyšetření byly informovány následující osoby:

Jméno: ..... Adresa: .....

Jméno: ..... Adresa: .....

**Souhlasím** /  **nesouhlasím** s případným zapsáním mé osoby do registru nemocných.

**Souhlasím** /  **nesouhlasím**, aby z odebraného vzorku bylo provedeno některé z následujících cytogenetických a molekulárně-genetických vyšetření:

- stanovení karyotypu
- vyšetření specifických chromozomových aberací metodami FISH, CGH, array CGH
- prenatální detekce aneuploidii vybraných chromozomů
- detekce mutací genů molekulárně-genetickými metodami

**Souhlasím** /  **nesouhlasím** s uchováním mé suspenze buněk, kultivovaných z periferní krve, tkáně a s uchováním DNA v laboratoři SPADIA LAB, a.s. pro účely dalšího vyšetřování v závislosti na pokroku ve výzkumu a v zájmu ostatních členů rodiny a se zveřejněním získaných výsledků v odborných publikacích.

**Na základě tohoto poučení prohlašuji, že souhlasím s odběrem příslušného vzorku a s provedením výše popsaného cytogenetického a molekulárně-genetického laboratorního vyšetření.**

Jsem si vědom/a, že svůj souhlas mohu kdykoliv odvolat.

**Prohlašuji, že jsem všem údajům, poučením a souhlasům, které mi byly sděleny a vysvětleny, porozuměl/a.**

V případě neoznačení možnosti (přeji/nepřeji, souhlasím/nesouhlasím) bude postupováno jako při zvolení kladné odpovědi.

V....., dne.....  
.....  
podpis vyšetřované osoby (zákonného zástupce)

Jméno zákonného zástupce: ..... Datum narození: .....

Vztah k vyšetřované osobě: .....

Odběr krve k vyšetření lidské DNA byl proveden s informovaným souhlasem pacienta.

Pacient souhlasí s:  uložením vzorku pro další analýzu  
 anonymním využitím DNA k lékařskému výzkumu