

2.1

WYKONAWCA:

Data:

**ZLECENIE NA REALIZACJĘ
BADANIE MOLEKULARNE W HEMATOLOGII**

Nazwisko i imię:	PESEL ¹ :
Płeć: ☐ K ☐ M	Data urodzenia:
Ośrodek kierujący / Oddział szpitalny / Poradnia / (pieczętka):	Sposób kontaktu: ☐ z lekarzem zlecającym ☐ z pacjentem: nr tel.: e-mail:
Rodzaj badanego materiału: ☐ krew żylna ² ☐ krew obwodowa (5-10 ml krwi pobranej z EDTA) ☐ szpik kostny (2-4ml szpiku pobranego do probówki z EDTA) ☐ fibroplasty skóry ☐ bloczek parafinowy ☐ inny	Rodzaj zleconego badania: ☐ kariotyp ☐ FISH na świeżym materiale ☐ FISH na zabezpieczonym materiale ☐ test z mitomycyną C ☐ test przeżywalności fibroblastów ☐ inne, jakie?
Wskazanie do badania / rozpoznanie:	
Pacjent / opiekun prawny wyraża zgodę na wykonanie badania: ☐ TAK ☐ NIE	
ZLECANE BADANIA:	

1 W przypadku osoby nieposiadającej nr PESEL, nazwa i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość

2 Materiał należy pobrać na heparynę

AML ☐ RUNX1-RUNX1T1/t(8;21) ☐ PML – RARA/t(15;17) ☐ CBFB – MYH11/inv(16) ☐ FLT3 ITD ☐ FLT3 ITD allelic ratio mut/wt ☐ FLT3 D835 ☐ FLT3 TKD ☐ DEK – NUP214/ t(6;9) ☐ CEBPA ☐ NPM1 ☐ NPM1 (ekson 12) ☐ BCR – ABL1/p190, p210) ☐ AMLplex (11 genów fuzyjnych) ☐ c-KIT (ekson 8 i 17) ☐ IDH1/IDH2 (ekson 4) ☐ RUNX1 ☐ ASXL1 (ekson 12) ☐ TP53 (eksony 2-11) ☐ KMT2A-PTD ☐ nadekspresja BAALC Zespół hypereozynofilowy ☐ FIP1L1 – PDGFRA ☐ FIP1L1 – PDGFRA del(4) CNL ☐ T618I CSF3R (ekson 17) ☐ CSF3R (eksony 14-17)	CML ☐ BCR – ABL1/t(9;22)/p210 ☐ RQ – PCR BCR – ABL1/p210 ☐ BCR – ABL1/(9;22)/p190 ☐ BCR – ABL1/t(9;22)/p230 ☐ multiplex BCR – ABL1 (p210, p230, p 190) ☐ KD BCR – ABL1 MPN BCR-ABL1 ☐ JAK3 V617F ☐ JAK2 exon 12 ☐ MPL W515K/L ☐ CALR ☐ CALR (ekson 9) ☐ MPL (ekson 10) ☐ ASXL1 (ekson 12) ☐ SRSF2 P95 ☐ U2AF1 S34 / Q157 ☐ IDH1/ IDH2 (ekson 4) CMML ☐ ETV6 – PDGFRB/t(5;12) MDS ☐ SF3B1 (eksony 13-16) ☐ SRSF2 P95 ☐ U2AF1 S34 / Q157 ☐ TP53 (eksony 2-11) ☐ ASXL1 (ekson 12) ☐ RUNX1 ☐ IDH1/ IDH2 (ekson 4) Mastocytoza ☐ c-KIT D816V ☐ c-KIT (ekson 17)	ALL ☐ BCR – ABL1/t(9;22)/P190 ☐ BCR – ABL1/t(9;22)/P210 ☐ BCR – ABL1/t(9;22)/P230 ☐ KMT2A – AF4/t(4;11) ☐ KMT2A – AFF1 t(4;11) ☐ TCF3 – PBX1/t(1;19) ☐ ETV6 – RUNX1/t(12;21) ☐ SIL – TAL1 (T-ALL) ☐ SIL – TAL1 del(1) ☐ KD BCR-ABL1 ☐ diagnostyka, identyfikacja jednego markera Ig/TCR do oceny MRD ☐ monitorowanie Ig/TCR CLL ☐ TP53 (eksony 4-10) NHL ☐ BCL2-IGH t(14;18) ☐ CCND1-IGH t(11;14) ☐ L265P MYD88 Klonalność limfocytów ☐ TCRB, TCRG, TCRD (panel) ☐ IGH, IGK, IGL (panel) Diagnostyka różnicowa białaczki włochatokomórkowej ☐ V600E BRAF Przewlekła białaczka limfocytowa ☐ TP53 (eksony 2-11) ☐ hipermutacje IGHV ☐ IGHV 3-21
Onkologia ☐ BRAF V600 (błoczek) ☐ BRAF V600 (świeża tkanka)		
Diagnostyka zmian wrodzonych Hemochromatoza ☐ HFE (eksony 2 i 4) ☐ HFE (ekson 3) Amyloidoza ☐ TTR (eksony 1-4)	FPD/AML ☐ RUNX1	
Cel badania: ☐ pierwsze badanie ☐ kontrolne badanie 1. Czy pacjent w okresie 2-3 miesięcy przed badaniem otrzymywał transfuzję krwi? ☐ tak – data i typ preparatu ☐ nie 2. Czy pacjent miał przeszczep szpiku? ☐ tak – data i rodzaj ☐ nie		

3. Czy pacjent w ostatnich 3 miesiącach miał diagnostykę lub terapię RTG?

☐ tak – data

☐ nie

4. Leczenie cytostatyczne:

☐ tak – data i rodzaj:

☐ nie

5. Inne leczenie:

☐ tak – data i typ:

☐ nie

Inne informacje o pacjencie:

Informacja o przeszczepie:

Stosowane leczenie:

Leukocytoza:

blastozą w szpiku:

blastozą we krwi:

Inne informacje:

Jednostka upoważniona do odbioru sprawozdania z badania – wypełnić jeśli inna niż ośrodek kierujący:

Podpis i pieczęć lekarza zlecającego badanie:

Data i godzina pobrania materiału:

Podpis i pieczęć osoby pobierającej materiał:

Data i godzina przyjęcia materiału do laboratorium:

Podpis osoby przyjmującej materiał:

Data:

ZLECENIE NA REALIZACJĘ***BADAŃ CYTOGENETYCZNYCH KOMÓEK SOMATYCZNYCH / BADANIE
CYTOGENETYCZNE KONSTITUCYJNE³***

Nazwisko i imię:	PESEL ⁴ :
Płeć: ☐ K ☐ M	Data urodzenia:
Ośrodek kierujący / Oddział szpitalny / Poradnia / (pieczętka):	Sposób kontaktu: ☐ z lekarzem zlecającym ☐ z pacjentem: nr tel.: e-mail:
Rodzaj badanego materiału: ☐ krew żylna ⁵ ☐ krew obwodowa (5-10 ml krwi pobranej z EDTA) ☐ szpik kostny (2-4ml szpiku pobranego do probówki z EDTA) ☐ biopsat guza ⁶ ☐ bloczek parafinowy ☐ inny	Rodzaj zleconego badania: ☐ cytogenetyka klasyczna ☐ kariotyp ☐ FISH na świeżym materiale ☐ FISH na zabezpieczonym materiale ☐ inne, jakie?
Wskazanie do badania / rozpoznanie:	
Pacjent / opiekun prawny wyraża zgodę na wykonanie badania: ☐ TAK ☐ NIE	
Cel badania: ☐ pierwsze badanie ☐ kontrolne badanie 1. Czy pacjent w okresie 2-3 miesięcy przed badaniem otrzymywał transfuzję krwi? ☐ tak ☐ nie	

3 Niepotrzebne skreślić

4 W przypadku osoby nieposiadającej nr PESEL, nazwa i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość

5 Materiał należy pobrać na heparynę

6 Materiał należy pobrać do naczynia z solą fizjologiczną

2. Czy pacjent w okresie 2 tygodni przed badaniem otrzymywał antybiotyki?

☐ tak ☐ nie

3. Czy pacjent w okresie 1 miesiąca przed badaniem miał badanie RTG?

☐ tak ☐ nie

Informacja o przeszczepie:

Stosowane leczenie:

Leukocytoza:

blastozą w szpiku:

blastozą we krwi:

Inne informacje:

CLL

- ☐ Panel CLL [delecja TP53, delecja ATM, delecja 13q14 / monosomia 13 i trisomia 12
- ☐ delecja 6q21-q23
- ☐ t(11;14) CCND1::IGH

MDS

- ☐ del(5q) / monosomia 5
- ☐ del(7q) / monosomia 7
- ☐ del(17p) / izochromosom 17q / delecja TP53
- ☐ del(20q) / trisomia 8
- ☐ utrata chromosomu Y (ocena chromosomów X i Y)
- ☐ delecja TET2

AML

- ☐ t(8;21) RUNX1:RUNX1T1
- ☐ inv(16)/t(16;16) CBFB:MYH11
- ☐ t(15;17) PML:RARA
- ☐ inv(3q)/t(3;3) rearanżacja MECOM (3q26)
- ☐ rearanżacja KMT2A (11q23)
- ☐ t(9;11) MLLT3::KMT2A
- ☐ t(6;9) DEK:NUP214
- ☐ rearanżacja NUP98 (11p15)
- ☐ rearanżacja/delecja ETV6 (12p13)
- ☐ del(17p) / izochromosom 17q / delecja TP53

CML

- ☐ t(9;22) BCR:ABL1

MPN Ph(-)

- ☐ rearanżacja PDGFRB (5q32)
- ☐ rearanżacja JAK (9p24)
- ☐ rearanżacja FGFR1 (8p11)
- ☐ delecja (4q12) FIP1L1::PDGFRA

CHŁONIAKI DOUBLE/TRIPLE HIT

- ☐ Panel różnicowy chłoniaków [rearanżacja genów MYC, BCL2, BCL6]
- ☐ t(8;14) MYC:IGH
- ☐ t(14;18) BCL2:IGH

CHŁONIAKI B KOMÓRKOWE

- ☐ rearanżacja MYC ☐ t(8;14) MYC:IGH
- ☐ rearanżacja BCL2 ☐ t(14;18) BCL2:IGH
- ☐ rearanżacja BCL6
- ☐ rearanżacja CCND1 ☐ t(11;14) CCND1:IGH
- ☐ rearanżacja CCND2
- ☐ rearanżacja IGH
- ☐ rearanżacje wariantowe IGL
- ☐ rearanżacje wariantowe IGK
- ☐ rearanżacja IRF4 (diagnostyka LBCL with IRF4-R)
- ☐ delecja TP53

MM, ocena plazmacytów CD138+

- ☐ Panel 3 badania - delecja TP53, translokacje t(4;14), t(14;16)
- ☐ Panel 4 badania - TP53, t(4;14), t(14;16), t(14;20)
- ☐ panel 4 badania - TP53, t(4;14), t(14;16), dup1q/del1p
- ☐ panel 5 badań - TP53, t(4;14), t(14;16), t(14;20), dup1q/del1p
- ☐ t(11;14) CCND1::IGH
- ☐ t(6;14) CCND3::IGH
- ☐ t(14;20) MAFB::IGH
- ☐ del(1p), duplikacja (1q) w progresji MM
- ☐ trisomia 5, 9, 15 (diagnostyka hyperdiploidii)

B-ALL

CHIMERYZM POTRANSPLANTACYJNY ☐ ocena chromosomów płci X i Y	☐ t(9;22) BCR::ABL1 ☐ rearanżacja KMT2A (11q23) ☐ t(1;19) TCF3::PBX1 i t(1;17) TCF3::HLF ☐ t(12;21) ETV6::RUNX1 T-ALL ☐ rearanżacja TCR AD (14q11) ☐ rearanżacja TCR B (7q34) ☐ rearanżacja TCL1 (14q32) ☐ rearanżacja TLX1 (10q24) ☐ rearanżacja TLX3 (5q35)
Jednostka upoważniona do odbioru sprawozdania z badania – wypełnić jeśli inna niż ośrodek kierujący:	Podpis i pieczęć lekarza zlecającego badanie:
Data i godzina pobrania materiału:	Podpis i pieczęć osoby pobierającej materiał:
Data i godzina przyjęcia materiału do laboratorium:	Podpis osoby przyjmującej materiał: