



Instytut Matki i Dziecka

Zakład Genetyki Medycznej Kierownik Zakładu - Prof. dr hab. n. med. Jerzy Bal

SKIEROWANIE DO PRACOWNI CYTOGENETYCZNYCH ZAKŁADU GENETYKI MEDYCZNEJ IMID

<i>Zleceniodawca (pieczęć i podpis)</i>				<i>Lekarz kierujący (pieczęć i podpis)</i>			
P		N		Telefon do Call Center (22) 32 77 050			
NIP				ICD10		SOK	

Dane pacjenta (wypełnić drukiem):

<i>Nazwisko</i>							<i>Nr rejestru IMID</i>					
<i>Imię pacjenta</i>							<i>PESEL pacjenta</i>					
<i>Data urodzenia (dd/mm/rrrr)</i>												
<i>Imię matki/ojca</i>							<i>PESEL matki/ojca</i>					
<i>Rodowód</i>							☐ materiał pobrany minimum 3 m-ce od daty transfuzji/ przeszczepu szpiku					

Dane próbki

- ID próbki* *Kod*
- Rodzaj materiału*
Krew ☐ *Fibroblasty skóry* ☐ *Wymaz z policzka* ☐
Inny ☐
- Data pobrania (dd/mm/rrrr):* *Cito* ☐
- Rodzaj badania*
 - *Kariotyp z krwi (2,7ml HEPARYNA)* ☐ *z fibroblastów skóry* ☐
 - *Hodowla fibroblastów skóry na badanie biochemiczne i inne* ☐
 - *Badanie cytogenetyczne metodą FISH (2,7ml HEPARYNA)* ☐
 - *CGH do mikromacierzy (2,7ml EDTA)* ☐ *CGH autyzm* ☐
 - *Metodą MLPA (2,7ml EDTA)* *subtelomerowe* ☐ *mikrodelecyjne* ☐ *autyzm* ☐
 - *Izolacja DNA: z krwi (EDTA)* ☐ *z fibroblastów skóry* ☐
 - *PCR: sekwencje chromosomu Y* ☐

WSKAZANIA DO WYKONANIA BADANIA:

- A. Niepełnosprawność intelektualna w stopniu:** lekkim ☐ umiarkowanym ☐ znacznym ☐
- B. Opóźnienie rozwoju psychoruchowego** ☐ hipotonia ☐ zaburzenia zachowania ☐
brak ☐ / opóźnienie ☐ rozwoju mowy ☐ padaczka ☐ stereotypie ruchowe ☐
- C. Zespół cech dysmorficznych** ☐
- D. Zespół wad wrodzonych:** wada serca ☐ wada OUN ☐ IUGR ☐ niskorosłość ☐
klatki piersiowej ☐ małogłowie: wrodzone ☐ / wtórne ☐ makrocefalia ☐
rozszerzenie wargi ☐ / podniebienia ☐ zarośnięcie: przełyku ☐ / dwunastnicy ☐ / odbytu ☐
niedobór ☐ / nadmiar masy ciała ☐ wada układu płciowego: wnetrzenie ☐ / spodziewanie ☐
wada układu moczowego ☐ wada wzroku ☐
wady kończyn: górnych ☐ / dolnych ☐ polidaktylia ☐ oligodaktylia ☐ syndaktylia ☐
- E. Podejrzenie określonej aberracji chromosomowej:** trisomia 21 ☐ trisomia 18 ☐ trisomia 13 ☐
Zesp. Turnera ☐ Zesp. Klinefeltera ☐ Zesp. Pallister-Killian ☐
Zesp. mikrodelecji/mikroduplicacji (jaki):
- F. Zaburzenia różnicowania płci** ☐
- G. Autyzm wczesnodziecięcy** ☐ Zesp. Aspergera ☐
- H. Niepowodzenia rozrodu:** poronienia ☐ ciąża obumarła ☐ niepłodność ☐
- I. Identyfikacja określonej aberracji metodą aCGH/FISH (jakiej):**
- J. Wykluczenie nosicielstwa rodzinnej aberracji chromosomowej (jakiej):**
- K. Inne (jakie)**

Wyniki innych badań: kariotyp:
FISH:
MLPA:
Inne:

**** DEKLARACJA ŚWIADOMEJ ZGODY NA BADANIE GENETYCZNE**

Wyrażam zgodę na pobranie materiału biologicznego (krew / wycinek skóry / wymaz z policzka / inne*)

- od mojego dziecka* / ode mnie*

w celu izolacji DNA i wykonania molekularnych/cytogenetycznych badań diagnostycznych, mających na celu identyfikację zmian w DNA w związku z podejrzeniem / rozpoznaniem klinicznym choroby:

Oświadczam, że zostałem/-am poinformowany/-a o istocie podejrzanej choroby i o znaczeniu wykonywanych badań molekularnych / cytogenetycznych dla ustalenia rozpoznania a także tajemnicy wyników tego badania.

- ☐ Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody * na przechowywanie izolowanego DNA po zakończeniu diagnostyki z zachowaniem tajemnicy danych.
- ☐ Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody * na wykorzystywanie mojego DNA do badań naukowych, mających na celu rozszerzenie wiedzy na temat podłoża molekularnego chorób genetycznych, z zachowaniem warunków anonimowości
- ☐ Zgadzam się / nie zgadzam się * na informowanie mnie w przyszłości o wynikach badań naukowych wtedy, gdy mogłyby one stanowić podstawę do rozpoznania choroby genetycznej lub zwiększonego ryzyka jej rozwoju.

Ponadto zostałem /-am poinformowany/-a , że:

- uzyskany wynik mojego badania / badania dziecka może wskazywać na konieczność pobrania materiału biologicznego od innych członków rodziny
- wynik badania może pomóc w ustaleniu nosicielstwa defektu genetycznego w mojej rodzinie oraz wśród moich krewnych
- wynik badania może stać się podstawą do określenia ryzyka genetycznego dotyczącego określonej jednostki chorobowej w rodzinie i wśród dalszych krewnych (jeśli będzie to możliwe)
- w niektórych przypadkach uzyskany wynik będzie nieinformacyjny, badanie nie uda się z przyczyn technicznych lub DNA ulegnie degradacji, wtedy zaistnieje potrzeba powtórzenia pobrania materiału do badań
- wynik badania może wykazać obecność zmian tzw. nieoczekiwanych (nie związanych ze wskazaniem do badania) mających wartość diagnostyczną
- w przypadku, gdy pokrewieństwo między członkami badanej rodziny jest inne niż deklarowane wynik badania może być niewłaściwie zinterpretowany.

Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody* na poinformowanie mnie o ryzyku ujawnienia się określonej patologii w przyszłości w związku ze stwierdzeniem obecności tzw. zmian nieoczekiwanych.

.....
Imię i nazwisko pacjenta / prawnego opiekuna *
wyrażającego zgodę na pobranie:

.....
Podpis pacjenta / opiekuna*

.....
Data

.....
Podpis lekarza

.....
Data

Brak odpowiedzi w punktach 1-3 (podkreślenia jednego z wariantów) traktowany jest jako wyrażenie zgody.

** niepotrzebne skreślić, ** wymagane do wykonania badań genetycznych*