



Onkologický ústav sv. Alžbety, s.r.o.
Heydukova 10, 812 50 Bratislava
www.ousa.sk

ŽIADANKA NA LABORATÓRNE VYŠETRENIA

Oddelenie lekárskej genetiky

ŽIADOSŤ O ANALÝZU DNA (SOMATICKÉ MUTÁCIE)

L/GE-1-4

Rodné číslo: <input type="text"/>	Samoplatca: <input type="checkbox"/>	Adresa fakturácie: <input type="text"/>
Priezvisko: <input type="text"/>	<input type="text"/>	
Meno: <input type="text"/>		
Muž: <input type="checkbox"/> Žena: <input type="checkbox"/> Email: * <input type="text"/>	IČO: <input type="text"/>	DIČ: <input type="text"/>
Tel. číslo: * <input type="text"/>	Kód PZS odosielajúceho lekára: <input type="text"/>	<input type="text"/>
Kód ZP: <input type="text"/> EÚ poistenec: <input type="checkbox"/> Kód krajiny EÚ: <input type="text"/>	Kód odosielajúceho lekára: <input type="text"/>	<input type="text"/>
Č. pacienta/ID hospitalizačného prípadu: <input type="text"/>	Tel. číslo/Email: * <input type="text"/>	<input type="text"/>
Poznámka: EÚ poistenci priložiť kópiu preukazu poistenca.	Kód PZS odporúčajúceho lekára: <input type="text"/>	<input type="text"/>
Základná diagnóza: <input type="text"/>	Kód odporúčajúceho lekára: <input type="text"/>	<input type="text"/>
Iné diagnózy: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	Poznámka lekára: <input type="text"/>	
Dátum odberu: <input type="text"/> Čas odberu: <input type="text"/>	Pečiatka a podpis lekára: <input type="text"/>	
Dátum prijmu: <input type="text"/> Čas prijmu: <input type="text"/>		
Dátum vystavenia žiadanky: <input type="text"/> * Nepovinný údaj		

HISTOLOGICKÉ Č. VZORKY: _____

	PREDMET VYŠETRENIA (označiť)	Typ materiálu
<input type="checkbox"/>	Gény BRCA1 a BRCA2 (všetky exóny) - pri HGSC karcinóme ovárií	Nádorové tkanivo
<input type="checkbox"/>	MSI vyšetrenie DNA	Nádorové tkanivo + nenádorové tkanivo alebo periférna krv
<input type="checkbox"/>	Gény KRAS , NRAS (kodóny 12, 13, 59, 61, 117, 146) a BRAF (kodón 600) - pri metastatickom karcinóme kolorekta	Nádorové tkanivo
<input type="checkbox"/>	ctDNA - vyšetrenie KRAS , NRAS (kodóny 12, 13, 59, 61, 117, 146) a BRAF (kodón 600) - pri metastatickom karcinóme kolorekta	Periférna krv - liquid biopsy
<input type="checkbox"/>	Gén BRAF (kodón 600) - pri papilárnom karcinóme štítnej žľazy a malígnom melanóme	Nádorové tkanivo
<input type="checkbox"/>	Gény KRAS , NRAS , HRAS (kodóny 12, 13, 61) a BRAF (kodóny 600, 601) - pri tyroidných uzloch	Punktát štítnej žľazy
<input type="checkbox"/>	Gén EGFR (exóny 18-21), prestavby ALK , ROS - pri nemalobunkovom karcinóme pľúc	Nádorové tkanivo, bronchiálny ster, periférna krv - liquid biopsy
<input type="checkbox"/>	Gény IDH1 (kodón 132) a IDH2 (kodón 172) - pri glioblastóme	Nádorové tkanivo
<input type="checkbox"/>	Gén DPYD - predikcia závažnej toxicity na liečbu na báze 5-FU a kapecitabínu	Periférna krv
<input type="checkbox"/>	Gén UGT1A1 - predikcia zvýšeného rizika toxicity na irinotekan	Periférna krv
<input type="checkbox"/>	Gén POLE (P286R, S297F, F367V, V411L, P436R, A456P, S459F) pri karcinóme endometria	Nádorové tkanivo
<input type="checkbox"/>	NGS somatický panel génov	Nádorové tkanivo
<input type="checkbox"/>	NGS panel: fúzne gény	Nádorové tkanivo

Objednávanie skúmaviek a zabezpečenie transportu materiálu na tel. č.: 02/3224 8576. Žiadanky aj na www.ousa.sk/genetika.

ODBER A TRANSPORT MATERIÁLU					
Typ tkaniva	Odber	Skúmavka	Skladovanie	Transport	Poznámka
Fixované nádorové tkanivo	Narezať približne 30 mg fix. tkaniva (5-10 ks 10 µm rezov) s reprezentat. časťou tumoru	2 ml skúmavka	Izbová teplota (< 50 °C)	Izbová teplota	Prosíme priložiť informáciu o histologickom náleze
Natívne nádorové tkanivo	Semi-sterilne odobrať 5x5 mm reprezentatívnej časti tumorového tkaniva	2 ml skúmavka s roztokom RNA-later, fyziolog. roztokom	Chladnička - 24 hod. Mraznička - dlhodobo	Chladnička/mraznička	
Bronchiálne stery na sklíčko	Pomocou bronchoskopickéj kefy z nádoru	Ster sa rozotrie na cytologické sklíčko	Natívne zaschnúť a transportovať do 24-48 hod.	Izbová teplota	Prosíme priložiť informáciu o cytologickom náleze
Periférna krv	2-5 ml periférnej krvi	Vacutainer s EDTA (ružový vrchnák, ako na krvný obraz)	Izbová teplota - 24 hod. Mraznička - dlhodobo	Izbová teplota - poštou, ihneď Ak zmrazená - mraznička	V prípade zasielania poštou je potrebné vzorku zabezpečiť proti znehodnoteniu
Periférna krv - liquid biopsy	1x10 ml periférnej krvi	Skúmavky Streck	Izbová teplota - 48 hod.	Izbová teplota ihneď - kuriér	
Punktát štítnej žľazy	Biopsia tenkou ihlou - preplach	2 ml skúmavka s fyziolog. alebo stabilizačným roztokom	Chladnička - 24 hod (fyz. roztok) Chladnička - do 2 týždňov (stab. roztok)	Chladnička - fyz. roztok Izbová teplota, poštou - stab. roztok	

Oddelenie lekárskej genetiky, OÚSA, Heydukova 10, 812 50 Bratislava • www.ousa.sk/genetika

Tel. č.: 02/3224 8574, 8582, 8573

E-mail: katarina.zavodna@ousa.sk, regina.behulova@ousa.sk, genetika@ousa.sk

ISO 9001
BUREAU VERITAS
Certification





Poučenie o DNA/RNA analýze z nádorového tkaniva a písomný informovaný súhlas pacienta

podľa § 6 zákona č. 576/2004 Z. z.

L/GE-1-4

Genetická analýza DNA, príj. RNA z nádorového tkaniva poskytuje informácie o možnej predikcii poskytnutej terapie súvisiacej s liečbou nádorového ochorenia alebo jeho prognóze. Konkrétne informácie o spôsobe testovania poskytuje pacientovi v ambulancii lekár genetik a pri telefonicknej konzultácii aj laboratórny diagnostik so špecializáciou na Oddelení lekárskej genetiky Onkologického ústavu sv. Alžbety, s.r.o.

1. Meno, priezvisko a dátum narodenia osoby, ktorej vzorka DNA/RNA sa má analyzovať: *

2. Na základe vyšetrenia vyššie uvedenej osoby vzhľadom na novovzniknuté ťažkosti, prípadne nové prejavy ochorenia osoby bola(i) stanovená(é) diagnóza(y): *

3. Navrhovaný (plánovaný) diagnosticko-liečebný postup, príj. navrhovaný výkon: *

Archivácia/skladovanie nádorového tkaniva, resp. DNA/RNA a molekulovogenetická analýza somatických mutácií a prestavieb, napr. v génoch: BRCA1/2, RAS, BRAF, EGFR, NTRK, ALK, MSI a iné.

Dolu podpísaný(á) potvrdzujem svojim podpisom, že lekárovi, ktorý ma vyšetril, som pri poskytnutí anamnestických údajov nezatajil(a) žiadne vážnejšie ochorenie, pre ktoré som sa v minulosti liečil(a), prípadne ktoré mi bolo v minulosti diagnostikované (v prípade potreby doplnenie závažných anamnestických údajov):

Zároveň svojim podpisom potvrdzujem, že som bol(a) informovaný(á) o povahe môjho ochorenia, o dôvode, účele, spôsobe a možnostiach molekulovogenetického vyšetrenia vzorky mojej DNA/RNA získanej z nádorového tkaniva a jeho archivácie/skladovania, ako aj o možných následkoch a možných rizikách spojených s navrhovanou zdravotnou starostlivosťou.

Súhlasím s tým, aby vzorka mojej DNA/RNA z nádorového tkaniva bola použitá pre molekulovogenetické účely a analýzu vyššie uvedených navrhovaných výkonov (v bode 3) alebo pre budúce možné vyšetrenie doposiaľ neznámeho génu súvisiaceho s objasnením mojej diagnózy, a aby vzorka môjho nádorového tkaniva bola archivovaná za účelom prípadnej genetickej analýzy alebo na účely referenčnej vzorky v referenčnom laboratóriu Oddelenia lekárskej genetiky OÚSA pri zaistení ochrany mojich osobných údajov.

Tiež súhlasím, aby výsledky vyšetrení, vrátane zodpovedajúcich informácií o mojom zdravotnom stave zistené v súvislosti s molekulovogenetickým vyšetrením boli anonymizované a anonymné výsledky a informácie následne použité v rámci aktivít Oddelenia lekárskej genetiky OÚSA pre ďalšie diagnostické a vedecké účely.

Bol(a) som poučený(á) o možnostiach voľby navrhovaných postupov, ako aj o rizikách odmietnutia poskytnutia zdravotnej starostlivosti. Poučenie mi bolo poskytnuté zrozumiteľne, ohľaduplne, bez nátlaku, s možnosťou a dostatočným časom slobodne sa rozhodnúť. Porozumel/a som poskytnutým informáciám, mal/a som príležitosť klásť otázky a dostať uspokojivé odpovede, a potvrdzujem, že všetky poskytnuté informácie sú podľa môjho najlepšieho vedomia pravdivé.

Svojím podpisom potvrdzujem, že s vyššie navrhovaným vyšetrením mojej DNA/RNA z nádorového tkaniva a jej archivovaním/skladovaním:

súhlasím - nesúhlasím.**

* vyplní ošetrojúci lekár

** nehodiace sa preškrtnúť

V _____, dňa _____ čas _____

_____ podpis a odtlačok pečiatky lekára

_____ podpis osoby, ktorej sa poskytuje zdravotná starostlivosť (prípadne jej zákonného zástupcu)



Poučenie o analýze mutácií z cirkulujúcej nádorovej DNA z periférnej krvi a písomný informovaný súhlas pacienta

podľa § 6 zákona č. 576/2004 Z. z.

L/GE-1-4

Pri niektorých onkologických ochoreniach sa v periférnej krvi pacienta môžu nachádzať rôzne typy buniek vrátane voľnej cirkulujúcej DNA, ktorá je využiteľná na genetické analýzy. Genetická analýza z ct DNA z periférnej krvi poskytuje informácie o možnej predikcii poskytnutej terapie súvisiacej s liečbou nádorového ochorenia alebo jeho prognóze. Konkrétnejšie informácie o spôsobe testovania poskytuje pacientovi v ambulancii lekár genetik a pri telefonicknej konzultácii aj laboratórny diagnostik so špecializáciou na Oddelení lekárskej genetiky Onkologického ústavu sv. Alžbety, s.r.o.

1. Meno, priezvisko a dátum narodenia osoby, ktorej vzorka ct DNA sa má analyzovať: *

2. Na základe vyšetrenia vyššie uvedenej osoby vzhľadom na novovzniknuté ťažkosti, prípadne nové prejavy ochorenia osoby bola(i) stanovená(é) diagnóza(y): *

3. Navrhovaný (plánovaný) diagnosticko-liečebný postup, príp. navrhovaný výkon: *

Archivácia/skladovanie krvnej plazmy resp. ctDNA a molekulovogenetická analýza mutácií napr. v génoch: RAS, BRAF, EGFR a iné.

Dolu podpísaný(á) potvrdzujem svojím podpisom, že lekárovi, ktorý ma vyšetřil, som pri poskytnutí anamnestických údajov nezatajil(a) žiadne vážnejšie ochorenie, pre ktoré som sa v minulosti liečil(a), prípadne ktoré mi bolo v minulosti diagnostikované (v prípade potreby doplnenie závažných anamnestických údajov):

Zároveň svojím podpisom potvrdzujem, že som bol(a) informovaný(á) o povahe môjho ochorenia, o dôvode, účele, spôsobe a možnostiach molekulovogenetického vyšetřenia vzorky mojej ct DNA získanej z periférnej krvi, jej archivácii, skladovaní ako aj o možných následkoch a možných rizikách spojených s navrhovanou zdravotnou starostlivosťou.

Súhlasím s tým, aby vzorka mojej ct DNA z periférnej krvi bola použitá pre molekulovogenetické účely a analýzu vyššie uvedených navrhovaných výkonov (v bode 3) alebo pre budúce možné vyšetřenie doposiaľ neznámeho génu súvisiaceho s objasnením mojej diagnózy, a aby vzorka mojej ctDNA bola archivovaná za účelom prípadnej genetickej analýzy alebo na účely referenčnej vzorky v referenčnom laboratóriu Oddelenia lekárskej genetiky OÚSA pri zaistení ochrany mojich osobných údajov.

Tiež súhlasím, aby výsledky vyšetření, vrátane zodpovedajúcich informácií o mojom zdravotnom stave zistené v súvislosti s molekulovogenetickým vyšetřením boli anonymizované a anonymné výsledky a informácie následne použité v rámci aktivít Oddelenia lekárskej genetiky OÚSA pre ďalšie diagnostické a vedecké účely.

Bol(a) som poučený(á) o možnostiach voľby navrhovaných postupov, ako aj o rizikách odmietnutia poskytnutia zdravotnej starostlivosti. Poučenie mi bolo poskytnuté zrozumiteľne, ohľaduplne, bez nátlaku, s možnosťou a dostatočným časom slobodne sa rozhodnúť. Porozumel(a) som poskytnutým informáciám, mal(a) som príležitosť klásť otázky a dostať uspokojivé odpovede, a potvrdzujem, že všetky poskytnuté informácie sú podľa môjho najlepšieho vedomia pravdivé.

Svojím podpisom potvrdzujem, že s vyššie navrhovanou analýzou mojej DNA/RNA a jej archivovaním/skladovaním:

súhlasím - nesúhlasím.**

* vyplní ošetrojúci lekár

** nehodiace sa preškrtnúť

V _____, dňa _____ čas _____

_____ podpis a odtlačok pečiatky lekára

_____ podpis osoby, ktorej sa poskytuje zdravotná starostlivosť (prípadne jej zákonného zástupcu)



1. Vyšetrenie je určené na úhradu z verejného zdravotného poistenia a indikované podľa Kritérií na indikovanie laboratórnych výkonov v odbore Lekárska genetika, zverejnených ku dňu indikovania na webovej stránke príslušnej zdravotnej poisťovne.

Klinické podrobnosti sú uvedené v zdravotnej dokumentácii pacienta.

2. Od výsledku vyšetrenia očakávam:

a) potvrdenie pracovnej diagnózy*

b) vylúčenie pracovnej diagnózy*

**Nehodiace sa prečiarknite*

Výsledok podľa bodu 2a) alebo 2b):

aa) bude mať vplyv na ďalší manažment pacienta:

F - farmakoterapia; BL - biologická liečba; DO - dietetické opatrenia; O - operácia; D - dispenzarizácia*

F BL DO O D

**Vyznačte možnosti*

ab) nebude mať vplyv na ďalší manažment pacienta

Podpis indikujúceho lekára

