

Ημερομηνία λήψης: _____

Ημερομηνία παραλαβής: _____

ΤΟ ΠΕΔΙΟ ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΜΟΝΟ ΑΠΟ ΤΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ

Στοιχεία Ιατρού ή Κέντρου

Παραπέμπων Ιατρός: _____

Λήπτης Ιατρός: _____

Τηλέφωνα επικοινωνίας: _____

Νοσοκομείο / Κέντρο: _____

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΞΕΤΑΖΟΜΕΝΟΥ/ΗΣ

ΕΠΙΘΕΤΟ: _____ ΟΝΟΜΑ: _____ ΗΛΙΚΙΑ: _____

ΕΠΙΘΕΤΟ ΣΥΖΥΓΟΥ: _____ ΟΝΟΜΑ: _____ ΗΛΙΚΙΑ: _____

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ: _____ ΠΟΛΗ: _____ ΤΚ: _____

ΤΗΛΕΦΩΝΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ: _____

ΑΠΟΣΤΟΛΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ: _____

ΤΟ ΔΕΙΓΜΑ ΕΙΝΑΙ: ΜΥΕΛΟΣ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΟ ΑΙΜΑ ΠΡΟΪΟΝ ΒΙΟΨΙΑΣ ΣΤΕΡΕΟΥ ΥΛΙΚΟΥ ΑΛΛΟΣ ΙΣΤΟΣ _____

ΑΙΤΙΑ ΠΑΡΑΠΟΜΠΗΣ: _____

ΑΛΛΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ:

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ: _____

ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΜΥΕΛΟΥ: ΟΧΙ ΝΑΙ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ: _____

- Καρυότυπος μυελού (ΜΟΝΟ κυτταρογενετική ανάλυση)
- Καρυότυπος μυελού ΜΕ μοριακή ανίχνευση πολλαπλών αναδιατάξεων:
2p24, 5q31-q35, 6q23-q26, 7q22-q36, 8q24, 9p21, 10q23, 11q22.3, 13q14, 17p13, 20q12)
- Καρυότυπος περιφερικού αίματος για αναιμία FANCONI
- Μοριακή ημιποσοτική ανάλυση της γονιδιακής αναδιάταξης BCR/ABL
- Μοριακή ημιποσοτική ανάλυση της γονιδιακής αναδιάταξης PML/RARa
- Μοριακή ημιποσοτική ανάλυση της γονιδιακής αναδιάταξης AML1/ETO
- Ανίχνευση της μετάλλαξης JAK2 V617F
- Ανίχνευση των μεταλλάξεων D835Y και ITD στο γονίδιο FLT3

ΑΝΑΛΥΣΗ FISH ΓΙΑ:

- Μετατόπιση t(9;22)
- Μετατόπιση t(15;17)
- Μετατόπιση t(8;21)
- Αναστροφή inv(16)
- Μετατόπιση t(1;19)
- Μετατόπιση t(2;5)
- Μετατόπιση t(4;11)
- Μετατόπιση t(4;14)
- Μετατόπιση t(8;14)
- Μετατόπιση t(11;14)
- Μετατόπιση t(11;18)
- Μετατόπιση t(12;21)
- Μετατόπιση t(14;16)
- Μετατόπιση t(14;18)
- Έλλειψη 3q27

ΜΟΡΙΑΚΗ ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ ΓΙΑ:

- Διπλασιασμό 2p24
- Έλλειψη 5q31-q35
- Έλλειψη 6q23-q26
- Έλλειψη 7q22-q36
- Έλλειψη/διπλασιασμό 8q24
- Έλλειψη 9p21
- Έλλειψη 10q23
- Έλλειψη 11q22.3
- Έλλειψη 13q14
- Έλλειψη 17p13
- Έλλειψη 20q12

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ

Ζητώ και εξουσιοδοτώ το Εργαστήριο της INTERGENETICS-Διαγνωστικό Κέντρο Γενετικής όπως πραγματοποιήσει για λογαριασμό μου τις παραπάνω εξετάσεις στο βιολογικό δείγμα μου. Δηλώνω ότι συναινώ στην εκτέλεση των εξετάσεων, έχω ενημερωθεί από τον γιατρό μου για την εξέταση και έχω κατανοήσει πλήρως τους περιορισμούς των αιτούμενων εξετάσεων.

- 1) Οι κλινικές πληροφορίες καθώς επίσης και το οικογενειακό δέντρο που μου ζητήθηκαν είναι ακριβείς απαραίτητες για την ανάλυση και κατ' επέκταση για τη σύνταξη της τελικής έκθεσης αποτελέσματος.
- 2) Όλα τα αποτελέσματα ή λεπτομέρειες που θα προκύψουν από την ανάλυση μου, είναι εμπιστευτικές πληροφορίες. Δεν μπορεί να γίνει αναπαραγωγή της τελικής έκθεσης για τον οποιοδήποτε τρίτο, χωρίς τη συγκατάθεσή μου, εκτός αν προκύψουν λόγοι δικαστικοί και μόνο με εισαγγελική παρέμβαση.
- 3) Το δείγμα μου μπορεί να χρησιμοποιηθεί για θέματα έρευνας, διακρίβωσης ή ακόμα και εκπαίδευσης από το Εργαστήριο, μετά την ολοκλήρωση της εξέτασής μου και αφού αφαιρεθούν όλες οι προσωπικές πληροφορίες και δεδομένα. Αν αρνηθώ τη διάθεση του δείγματος μου για τους παραπάνω σκοπούς, αυτό δε θα επηρεάσει την ολοκλήρωση της εξέτασής μου.

Υπογραφή εξεταζόμενου/ης _____ Ημερομηνία _____

Το παρόν συμπληρώνεται από τον παραπέμποντα ιατρό

Έχω δώσει στον/στην εξεταζόμενο/η το αντίστοιχο φυλλάδιο πληροφόρησης για την αιτούμενη εξέταση, ώστε να ενημερωθεί σχετικά για την εξέταση, τους κινδύνους και τους περιορισμούς αυτής

Όνομα Παραπέμποντος Ιατρού _____ Ημερομηνία/...../.....

Υπογραφή _____ Τηλέφωνα επικοινωνίας _____

Συμπληρώνεται μόνο από τη Γραμματεία Υπηρεσιών (περιέχει πληροφορίες για το Εργαστήριο)
