



Laboratorium Oncogene  
ul. Mogilska 86/3, 31-546 KRAKÓW  
Tel. 12 410 58 73, [badania@oncogene.pl](mailto:badania@oncogene.pl)

NR Zlecenia .....

Data i godzina przyjęcia materiału

.....  
*Wypełnia laboratorium*

### HEMATOLOGIA - ZLECENIE BADANIA MOLEKULARNEGO

- |  |   |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> <b>BCR/ABL</b> - badanie jakościowe (kod 3851)</li> <li><input type="checkbox"/> <b>BCR/ABL</b> transkrypt p210 - badanie ilościowe (kod 3850)</li> <li><input type="checkbox"/> <b>BCR/ABL</b> transkrypt p190 - badanie ilościowe (kod 3994)</li> <li><input type="checkbox"/> <b>TCRG</b> – badanie rearanżacji genu (kod 3861)</li> <li><input type="checkbox"/> <b>JAK2</b> - badanie mutacji V617F (kod 3820)</li> <li><input type="checkbox"/> <b>JAK2</b> - badanie mutacji w eksonie 12 (kod 3884)</li> <li><input type="checkbox"/> <b>MPL</b> - badanie mutacji W515K/L (kod 3863)</li> <li><input type="checkbox"/> <b>CALR</b> - badanie mutacji w eksonie 9 (kod 3860)</li> <li><input type="checkbox"/> <b>TP53</b> - badanie mutacji TP53 w CLL (kod 4950)</li> <li><input type="checkbox"/> <b>BRAF</b> - badanie mutacji V600 (kod 3764)</li> <li><input type="checkbox"/> <b>NGS panel podstawowy myeloid</b> - mutacje w nowotworach mieloidalnych (AML, MPN, MDS) (kod 5402)</li> <li><input type="checkbox"/> <b>KIT</b> - badanie mutacji D816V (kod 5466)</li> <li><input type="checkbox"/> <b>IGHV</b> – badanie mutacji (kod 4676)</li> <li><input type="checkbox"/> <b>NGS lymphoma panel</b> – badanie mutacji i rearanżacji w diagnostyce chłoniaków (kod 4755)</li> <li><input type="checkbox"/> <b>5q</b> - badanie delecji met. FISH (kod 5404)</li> <li><input type="checkbox"/> <b>7q</b> - badanie delecji met. FISH (kod 5405)</li> <li><input type="checkbox"/> <b>11q</b> - badanie aberracji chromosomowych tech. FISH (kod 5335)</li> <li><input type="checkbox"/> <b>17p</b> - badanie delecji 17p tech. FISH (kod 5337)</li> <li><input type="checkbox"/> <b>ATM/TP53</b> - badanie delecji tech. FISH (kod 5338)</li> <li><input type="checkbox"/> <b>ASXL1</b> - badanie mutacji w ex 5-12 tech. NGS (kod 5543)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> <b>BCL2</b> - badanie rearanżacji tech. FISH (kod 5327)</li> <li><input type="checkbox"/> <b>BCL2/IGH</b> - badanie genu fuzyjnego tech. FISH (kod 5328)</li> <li><input type="checkbox"/> <b>BCL6</b> - badanie rearanżacji tech. FISH (kod 5329)</li> <li><input type="checkbox"/> <b>BCR/ABL</b> - badanie genu fuzyjnego BCR/ABL met. FISH (kod 5403)</li> <li><input type="checkbox"/> <b>CCND1</b> - badanie rearanżacji genu CCND1 met. FISH (kod 5408)</li> <li><input type="checkbox"/> <b>CCND1/IGH</b> - badanie genu fuzyjnego tech. FISH (kod 5334)</li> <li><input type="checkbox"/> <b>CLL</b> - badanie cytogenetyczne met. FISH (panel: trisomia 12, delecja 13, ATM, 17p) (kod 5406)</li> <li><input type="checkbox"/> <b>IGH</b> - badanie rearanżacji tech. FISH (kod 5333)</li> <li><input type="checkbox"/> <b>IGK</b> - badanie rearanżacji genu IGK met. FISH (kod 5409)</li> <li><input type="checkbox"/> <b>IGL</b> - badanie rearanżacji genu IGL met. FISH (kod 5410)</li> <li><input type="checkbox"/> <b>IRF4</b> - badanie rearanżacji genu IRF4 met. FISH (kod 5411)</li> <li><input type="checkbox"/> <b>MALT1</b> - badanie rearanżacji tech. FISH (kod 5330)</li> <li><input type="checkbox"/> <b>MYC</b> - badanie rearanżacji tech. FISH (kod 5331)</li> <li><input type="checkbox"/> <b>MYC/IGH</b> - badanie genu fuzyjnego tech. FISH (kod 5332)</li> </ul> <p><input type="checkbox"/> INNE: .....</p> |
|--|---|

Szczegółowe informacje o zakresach testów NGS znajdują się na stronie: [www.oncogene.pl/badania/](http://www.oncogene.pl/badania/).

Nazwisko i Imię pacjenta .....

PESEL |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| data urodzenia ..... kobieta  mężczyzna 

Adres zamieszkania lub oddział szpitala .....

Rozpoznanie kliniczne: .....

Wartość parametru WBC w dniu pobrania (informacja do badań BCR/ABL, TP53) .....

- **W PRZYPADKU BADANIA Z MATERIAŁU UTRWALONEGO, KONIECZNE JEST ZAŁĄCZENIE WYNIKU HIST-PAT.**
- **W PRZYPADKU BADANIA Z KRWI, KONIECZNE JEST ZAŁĄCZENIE DOKUMENTU ŚWIADOMEJ ZGODY PACJENTA.**

- |                                    |  |
|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> krew EDTA | <input type="checkbox"/> bloczek nr .... |
| <input type="checkbox"/> szpik     | <input type="checkbox"/> rozmaz nr ....  |

data i godzina pobrania .....
podpis osoby pobierającej .....

Ośrodek zlecający (PŁATNIK) .....

Telefon kontaktowy do lekarza zlecającego .....

.....  
data.....  
podpis i pieczętka lekarza zlecającego badania