

ul. Wiktorii Wiedeńskiej 9a
02-954 WARSZAWA
Tel: 501 377 150
email: diagnostyka@medgen.pl

SKIEROWANIE NA BADANIE GENETYCZNE

INFORMACJE O PACJENCIE

Nazwisko i imię (drukowanymi literami):

.....

.....

Data urodzenia (dz/m/r):/...../.....

PESEL: _ _ _ _ _

Płeć: żeńska męska nieznaną

Pochodzenie etniczne: polskie inne

Adres kontaktowy:.....

.....

Telefon kontaktowy:.....

Nr karty/rodowodu pacjenta w jednostce kierującej:

.....

Wypełnić jeśli Pacjent kierowany na badanie jest
spokrewniony z osobą kierowaną wcześniej na badanie:

Imię i nazwisko:

.....

INFORMACJE O JEDNOSTCE KIERUJĄCEJ

Nazwa jednostki:.....

.....

.....

Adres:.....

.....

.....

Telefon.....

Fax:.....

NIP:.....

Nazwisko i imię lekarza kierującego.....

.....

Telefon kontaktowy:.....

E-mail:.....

INFORMACJE O MATERIALE BIOLOGICZNYM

Rodzaj materiału:

- plasma krwi krew obwodowa
 krew obwodowa
 płyn owodniowy
 trofoblast
 szpik kostny
 wyizolowany DNA
 inne.....

Data i godzina pobrania próbki od pacjenta

(dz/m/r):/...../....., godzina:.....

Dane osoby pobierającej materiał do badań:

.....

MIEJSCE PRZESŁANIA WYNIKU BADANIA LUB DANE OSOBY UPOWAŻNIONEJ DO ODBIORU WYNIKU

Wynik zwyczajowo wysyłany jest do jednostki kierującej. W innym
przypadku proszę o podanie właściwych danych adresowych:

.....

.....

.....

INFORMACJE O BADANIU:

Nazwa choroby:.....

Kod procedury:.....

INFORMACJE DO FAKTURY (jeśli inne niż jednostki kierującej na

badanie: NIP:.....

Nazwisko i imię/ nazwa jednostki kierującej/nazwa firmy:

.....

Adres:.....

.....

Informacje objęte tajemnicą zawodową (lekarza i diagnosty laboratoryjnego):

Cel badania:

- Diagnostyka postnatalna
- Weryfikacja rozpoznania klinicznego
- Określenie statusu nosicielstwa
- Diagnostyka przed procedurą wspomaganego rozrodu
- Zabezpieczenie materiału genetycznego
- Inne:

Wskazania do wykonania badania/objawy kliniczne/rozpoznanie:

.....
.....
.....
.....
.....

kariotyp: prawidłowy nieprawidłowy(jaki?.....) nie badano

Czy badanie genetyczne prowadzone jest po raz pierwszy? tak nie

Jeśli NIE, to w jakim ośrodku były wykonane i w kierunku jakiej choroby:

Czy w rodzinie występowały choroby genetycznie uwarunkowane? tak nie

Jeśli TAK, proszę wymienić jednostki chorobowe oraz stopień pokrewieństwa w stosunku do probanta/osoby chorej oraz imię i nazwisko probanta/osoby chorej.....

.....
.....

INFORMACJE O TRANSFUZJI oraz PRZESZCZEPIE SZPIKU

nie tak. Jeśli tak to kiedy.....

* badanie genetyczne można wykonać po okresie 3 miesięcy od daty transfuzji, w przeciwnym razie istnieje ryzyko otrzymania błędnego wyniku diagnostycznego.

.....
data

.....
Podpis i pieczęć lekarza kierującego

DEKLARACJA ŚWIADOMEJ ZGODY NA WYKONANIE BADANIA GENETYCZNEGO

Wypełnia pacjent pełnoletni lub rodzic/opiekun prawny pacjenta

Nazwisko i imię pacjenta:	
PESEL pacjenta:	
Telefon kontaktowy:	E-mail:
Adres kontaktowy:	

Pobrano ode mnie lub dziecka materiał (proszę zaznaczyć właściwy kwadrat):

krew tkanka płyn owodniowy trofoblast inne (.....)

zostanie wykorzystany do diagnostyki molekularnej opartej na analizie DNA w kierunku:

.....
nazwa choroby oraz kod procedury

Jestem świadomy/a, że:

1. Pobrano materiał zostanie użyty w celu izolacji DNA oraz wykonania diagnostyki:

prenatalnej (przedurodzeniowa)

postnatalnej (pourodzeniowa)

weryfikacja rozpoznania klinicznego

określenia statusu nosicielstwa

określenia predyspozycji do zachorowania na w/w chorobę genetyczną.

2. Wyizolowany DNA będzie przechowywany w odpowiednich warunkach, istnieje jednak ryzyko degradacji DNA (proces naturalny) dlatego może zajść potrzeba ponownego pobrania materiału.

3. W przypadku gdy pokrewieństwo pomiędzy członkami badanej rodziny jest inne niż deklarowane, otrzymany wynik badania genetycznego może być nieprawidłowy.

4. Jeśli w okresie między pobraniem materiału do diagnostyki genetycznej a datą wydania wyniku pacjent niepełnoletni ukończy 18 rok życia, przed wydaniem wyniku konieczne będzie podpisanie przez niego formularza *Deklaracja Świadomej Zgody*.

5. Jeśli w okresie 2 miesięcy przed pobraniem materiału do badań genetycznych wykonano u mnie/dziecka transfuzję, poinformuję o tym pracownika MedGen. Niepoinformowanie pracownika MedGen o wykonanej transfuzji w ciągu ostatnich 2 miesięcy przed wykonywaniem badań genetycznych może skutkować uzyskaniem nieprawidłowego wyniku badania i może mieć wpływ na interpretację uzyskanego wyniku badania genetycznego.

6. Preparat DNA standardowo jest przechowywany w banku DNA Laboratorium MedGen, dzięki czemu możliwe jest wykonanie w dowolnym czasie dodatkowych badań dla Pacjenta.

NIE WYRAŻAM ZGODY NA PRZECHOWYWANIE DNA

WYRAŻAM ZGODĘ NA PRZECHOWYWANIE DNA

7. Uzyskałem od lekarza zlecającego badanie informację, o której mowa w art. 9 ust. 2 ustawy z dnia 23 marca 2017 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2017 r. poz. 836, z późn. zm.), w szczególności o istocie podejrzewanej choroby i znaczeniu diagnostycznym planowanego badania genetycznego.

Ja niżej podpisany/a, niniejszym wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych/ danych osobowych mojego Dziecka przez CM MedGen z siedzibą w Warszawie, (dalej zwanym: „Administratorem”), w celu wykonania badań genetycznych. Podanie danych jest dobrowolne, ale konieczne do wykonania badań genetycznych. Podstawą przetwarzania danych jest moja zgoda. Odbiorcami danych są Administrator oraz

Mam prawo wycofania zgody w dowolnym momencie. Dane osobowe będą przetwarzane do odwołania zgody, a po takim odwołaniu, przez okres przedawnienia roszczeń przysługujących administratorowi danych i w stosunku do niego. Mam prawo żądania od administratora dostępu do moich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego.

.....
Miejscowość i data

.....
Podpis lekarza kierującego

.....
Podpis pacjenta >18. r.ż. / rodzica / opiekuna prawnego

.....
Podpis pacjenta niepełnoletniego >16 r. ż.



Imię i nazwisko Pacjenta:.....

PESEL Pacjenta:

UPOWAŻNIENIE

Ja,, o numerze PESEL:.....,
imię i nazwisko Pacjenta/opiekuna prawnego

Upoważniam do dostępu do informacji o stanie zdrowia:

Panią/Pana
imię i nazwisko

zamieszkałą/ego.....,

tel. kontaktowy.....

.....
imię i nazwisko Pacjenta/opiekuna prawnego, data

Upoważniam do dostępu do dokumentacji medycznej, dotyczącej stanu zdrowia oraz udzielonych świadczeń zdrowotnych:

Panią/Pana
imię i nazwisko

zamieszkałą/ego.....,

tel. kontaktowy.....

.....
imię i nazwisko Pacjenta/opiekuna prawnego, data

Nie upoważniam żadnej osoby do dostępu do informacji o stanie zdrowia oraz do dostępu do dokumentacji medycznej, dotyczącej stanu zdrowia oraz udzielonych świadczeń zdrowotnych.

.....
imię i nazwisko Pacjenta/opiekuna prawnego, data

Na podstawie Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 09/11/2015 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. 2015 nr 2069).