



Data, godzina i podpis osoby przyjmującej
zlecenie do MEDGEN:

ul. Wiktorii Wiedeńskiej 9A
02-954 WARSZAWA
Tel: 515 14 14 14, 506 069 568
email: diagnostyka@medgen.pl

SKIEROWANIE NA BADANIE GENETYCZNE NGS Z ZASTOSOWANIEM SEKWENCJONOWANIA NOWEJ GENERACJI

INFORMACJE O PACJENCIE

Nazwisko i imię (drukowanymi literami):

.....
.....

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

PESEL: _ _ _ _ _

Płeć: żeńska męska nieznana

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):

Zakres badania:

- Diagnostyka w przypadku planów prokreacyjnych – ocena nosicielstwa mutacji patogennych zgodnie z bazą ClinVar
- Analiza mutacji zgodnie z zaleceniami ACMG (panel 59 genów)
- Analiza predyspozycji onkologicznych
- 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

ZAMÓWIENIE WYKONANIA BADANIA GENETYCZNEGO

Z DEKLARACJĄ ŚWIADOMEJ ZGODY NA WYKONANIE BADANIA NGS PREKONCEPCJA

Wypełnia pacjent pełnoletni lub rodzic/opiekun prawny pacjenta

Nazwisko i imię pacjenta:	
PESEL pacjenta:	
Telefon kontaktowy:	Adres 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:

Jestem świadomy/a, że: *nazwa choroby oraz kod procedury*

- Pobrano materiał zostanie użyty w celu izolacji DNA oraz wykonania diagnostyki:
 - określenia statusu nosicielstwa
 - określenia predyspozycji do zachorowania na choroby z listy rekomendowanej przez ACMG
 - określenie predyspozycji onkologicznych
 - inne:.....
- Wyizolowany DNA będzie przechowywany w odpowiednich warunkach, istnieje jednak ryzyko degradacji DNA (proces naturalny) dlatego może zajść potrzeba ponownego pobrania materiału.
- W przypadku gdy pokrewieństwo pomiędzy członkami badanej rodziny jest inne niż deklarowane, otrzymany wynik molekularnego badania genetycznego może być nieprawidłowy.
- Jeśli w okresie 2 miesięcy przed pobraniem materiału do badań genetycznych wykonano u mnie 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.
- Preparat DNA standardowo jest przechowywany w banku DNA Laboratorium MedGen, dzięki czemu możliwe jest wykonanie w dowolnym czasie dodatkowych badań.
 - NIE WYRAŻAM ZGODY NA PRZECHOWYWANIE DNA**
 - WYRAŻAM ZGODĘ NA PRZECHOWYWANIE DNA**
- Uzyskanie wyniku nieinformacyjnego (np. z powodu niskiej jakości DNA, zbyt małej ilości DNA, co jest możliwe do sprawdzenia po przeprowadzeniu reakcji amplifikacji DNA) nie jest podstawą do zwrotu kosztów wykonania badania. Laboratorium MedGen dokłada wszelkich starań aby zminimalizować ryzyko zaistnienia takiej sytuacji (m.in. poprzez stosowanie odczynników najwyższej jakości), jednakże wykluczenie takiej sytuacji nie jest możliwe.
- 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.

Wskazania do wykonania badania (np. objawy kliniczne):

Czy badanie genetyczne było wykonywane wcześniej? Jeśli tak, to w kierunku jakiej choroby?

Czy w rodzinie występowały choroby genetyczne? Jeśli tak, to jakie i u kogo?

- Dotyczy badań prekoncepcyjnych: zgoda na ujawnienie informacji o wykrytych u mnie zmianach mojej partnerce/mojemu partnerowi w celu określenia ryzyka posiadania dziecka z określoną chorobą genetycznie uwarunkowaną:
 - NIE WYRAŻAM ZGODY NA UJAWNIECIE INFORMACJI**
 - WYRAŻAM ZGODĘ NA UJAWNIECIE INFORMACJI**

- Jestem świadoma/świadomy, że aktualne badanie nie pozwala wykluczyć obecności innych zmian patogennych (np. opisanych w bazie ClinVar, rekomendowanych przez ACMG), których wykrycie nie było możliwe ze względu na ograniczenia zastosowanej metody.



Ja niżej podpisany/a, niniejszym wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych 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 (przy badaniach WES/WGS) są Administrator oraz CeGaT GmbH, Niemcy. 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. Wyrażam zgodę na otrzymywanie faktur drogą elektroniczną na wskazany adres e-mail.

.....
Miejscowość i data

Podpis lekarza kierującego

Podpis pacjenta

Skąd dowiedziałeś się o naszym laboratorium?

- wyszukiwarka Internetowa z polecenia lekarza od znajomych strona tematyczna
 Facebook Inne:



Imię i nazwisko Pacjenta:.....

PESEL Pacjenta:

UPOWAŻNIENIE

Ja,, o numerze PESEL:.....,
imię i nazwisko Pacjenta

Upoważniam do dostępu do informacji o stanie zdrowia:

Panią/Pana
imię i nazwisko

zamieszkałą/ego.....,

tel. kontaktowy.....

.....
imię i nazwisko Pacjenta, 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, 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, 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).