



Skierowanie zewnętrzne na badanie cytogenetyczne/molekularne*

(*właściwe zaznaczyć)

Dane pacjenta (Wypełnić drukowanymi literami)

Nazwisko:

Imię:

Płeć: Kobieta Mężczyzna

Data urodzenia: _____
rok / miesiąc / dzień rrrr / mm / dd

PESEL:

Adres :

.....

Telefon kontaktowy:

Rozpoznanie kliniczne:

.....

Dane charakterystyczne z wywiadu:

.....

Informacja o badaniu (Zlecone badanie, nazwa choroby):

.....

IDENTYFIKATOR BADANIA

WG CENNIKA: (pole obowiązkowe)

.....

Podpisana Deklaracja Świadomej Zgody: Tak Nie

Podpis i pieczęć lekarza kierującego na badanie:

Data: _____
rrrr / mm / dd

Pieczęć jednostki kierującej oraz dane do faktury (Pole obowiązkowe):

.....

Dane do faktury (Jeśli inne niż dane jednostki kierującej):

Nazwa Firmy:

Adres Firmy:

.....

NIP:

REGON:

Informacje o materiale biologicznym:

Rodzaj materiału biologicznego:
 Krew DNA Inne

Data pobrania próbki od Pacjenta: _____
rok / miesiąc / dzień rrrr / mm / dd

.....

Podpis i pieczęć osoby pobierającej materiał
Czy w okresie 3 ostatnich miesięcy była wykonana transfuzja?
 Tak Nie

Badanie molekularne można wykonać po okresie 3 miesięcy od daty transfuzji, w przeciwnym wypadku istnieje ryzyko otrzymania błędnego wyniku diagnostycznego.

Wypełnia Laboratorium

Data otrzymania materiału: _____
rok / miesiąc / dzień rrrr / mm / dd

Numer hodowli/identyfikacyjny próbki:.....

Osoba zakładająca hodowlę/izolująca DNA:.....

Adres do przesłania wyniku badania lub dane osoby upoważnionej do odbioru wyniku

(standardowo wynik wysyłany jest do jednostki kierującej):

wyd. 13, 18.09.2017r.

Deklaracja świadomej zgody na wykonanie badań genetycznych molekularnych i cytogenetycznych oraz zbankowanie materiału biologicznego w Banku Materiału Biologicznego GENESIS

Dane Pacjenta

Nazwisko i imię Pacjenta:

Data urodzenia/Pesel:

Adres:

Telefon kontaktowy:

Wypełnia rodzic lub opiekun prawny w przypadku pacjenta niepełnoletniego

Nazwisko i imię Rodzica/Opiekuna:

Data urodzenia/Pesel:

Adres:

Telefon kontaktowy Rodzica/Opiekuna:

Wyrażam zgodę, aby pobrany ode mnie lub dziecka materiał biologiczny: krew / (inne) został wykorzystany do:

- diagnostyki molekularnej choroby (jakiej?)
- diagnostyki molekularnej predyspozycji do nowotworów złośliwych (jakiej?)
- badań molekularnych (jakich?)
- badań cytogenetycznych (jakich?)

Zostałem poinformowany, że:

1. Pobrany materiał genetyczny zostanie użyty w celu izolacji materiału genetycznego oraz wykonania testów genetycznych jw.
2. W niektórych sytuacjach materiał może być nieinformatywny/niejednoznaczny. W takim przypadku informatywny wynik analizy DNA nie zostanie wydany. Próbkę zostanie poddana ponownemu badaniu po wdrożeniu nowych metod diagnostycznych.
3. W przypadku, gdy pokrewieństwo pomiędzy członkami badanej rodziny jest inne niż deklarowane, otrzymany wynik może być niewłaściwie zinterpretowany.
4. W celu wykonania kompleksowej diagnostyki może zaistnieć konieczność pobrania próbki krwi od obciążonych chorobą członków rodziny, rodziców, płodu i ewentualnie innych członków rodziny.
5. Wyizolowany materiał genetyczny będzie przechowywany w odpowiednich warunkach, niemniej istnieje ryzyko degradacji DNA (proces naturalny), dlatego może potrzebna ponownego pobrania materiału w przyszłości.
 W przypadku braku zgody na przechowywanie proszę zaznaczyć
6. Zabezpieczony materiał biologiczny może być anonimowo wykorzystany do badań naukowych, mających na celu rozszerzenie wiedzy na temat podłoża molekularnego chorób genetycznych.
 W przypadku braku zgody na anonimowe użycie próbki do badań naukowych proszę zaznaczyć
7. Zabezpieczony materiał biologiczny może być wykorzystany do badań diagnostycznych, również tych o charakterze naukowym, w innych ośrodkach krajowych i zagranicznych, mających na celu realizację procesu diagnostycznego Pacjenta.
8. Wyrażam zgodę na przekazanie mi odpowiednich informacji, jeśli wyniki badań naukowych i diagnostycznych prowadzonych w przyszłości mogłyby stanowić podstawę do rozpoznania choroby genetycznej lub zwiększonego ryzyka jej rozwoju.
 W przypadku braku zgody proszę zaznaczyć
9. Jeśli w okresie między pobraniem materiału do diagnostyki genetycznej a datą wydania wyniku niepełnoletni ukończy 16 rok życia, przed wydaniem wyniku konieczne będzie podpisanie przez niego dodatkowego formularza Deklaracji Świadomej Zgody.
10. Przyjmuję do wiadomości, że zgodnie z art. 24 Ustawy o Ochronie Danych Osobowych z dnia 29.08.1997 r. (DZ.U. 2016.poz.922), administratorem danych osobowych jest Centrum Genetyki Medycznej Genesis sp. z o.o., ul. Grudzieniec 4, 60-601 w Poznaniu. Dane będą przetwarzane tylko do wyżej wymienionych celów. Przysługuje mi prawo do wglądu, poprawiania, sprostowania, ograniczenia przetwarzania i uzupełniania moich danych osobowych. W przypadku konieczności rozszerzenia diagnostyki u podwykonawcy lub konieczności weryfikacji wyniku na koszt CGM GENESIS, wyrażam zgodę na archiwizowanie i powierzenie moich danych osobowych (w tym danych wrażliwych) w bazach danych placówek diagnostycznych wykonujących zleczone przez CGM GENESIS badania.
11. W przypadku zmiany organizacji dotyczących Banku Materiału Biologicznego CGM GENESIS skontaktujemy się z Państwem w celu uzyskania decyzji co do dalszych losów przechowywania materiału biologicznego (np. przekazanie Państwu). W związku z tym prosimy o poinformowanie CGM GENESIS w przypadku zmiany miejsca zamieszkania. W przypadku braku możliwości diagnostycznych i naukowych postępowanie z zabezpieczonym materiałem biologicznym jest zgodne z obowiązującą wewnętrzną procedurą.
12. **Wykonanie testu genetycznego powinno być połączone z konsultacją genetyczną.**

Zostałem poinformowany o celu, istocie i szczegółach testu genetycznego oraz możliwych wynikach, które będą wymagały właściwej interpretacji.

Miejsce, data

Wyd.14, 22.08.2017r.

Podpis Pacjenta
Rodzica/opiekuna prawnego

Podpis i pieczęć lekarza
kierującego/osoby uprawnionej