

**ZLECENIE DIAGNOSTYKI MOLEKULARNEJ W PRZYPADKU BRAKU SKIEROWANIA OD LEKARZA**  
**(wypełnić drukowanymi literami)**

.....  
data

**INFORMACJE O OSOBIE ZLECAJĄCEJ BADANIE**

Imię i nazwisko:

PESEL: ..... Telefon kontaktowy: .....

Proszę o wykonanie badania u mnie ,                      mojego dziecka/podopiecznego

**INFORMACJE O BADANIU (wypełnić wg oferty badań diagnostycznych ZGM):**

Aktualny cennik i lista procedur na stronie <http://zgm.imid.med.pl>

Nazwa choroby: .....

Kod procedury: .....

**INFORMACJE O OSOBIE BADANEJ:**

Imię i nazwisko (*drukowanymi literami*):

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

PESEL: .....

Płeć: żeńska  męska  nieznana

Pochodzenie etniczne: polskie  inne  .....

Adres, na który zostanie wysłany wynik: .....

Proszę o wysłanie wyników drogą elektroniczną: tak     nie

**Zgoda na przesłanie wyników badań genetycznych drogą telekomunikacyjną/elektroniczną:**

Wyrażam zgodę na przesłanie wyników badań genetycznych moich/mojego podopiecznego publiczną siecią telekomunikacyjną/elektroniczną na podany poniżej adres e-mail. Jednocześnie oświadczam, że jestem świadomy/-a zagrożeń dla bezpieczeństwa informacji (w tym danych osobowych moich/mojego podopiecznego przesłanych publiczną siecią telekomunikacyjną/ elektroniczną, a w szczególności możliwości uzyskania dostępu do tych danych przez osoby nieuprawnione).

Adres e-mail: .....

.....  
podpis

**ZAŁĄCZNIKI DO ZLECENIA BADANIA**

1. Formularz kliniczny
2. Formularz świadomej zgody na wykonanie badań genetycznych
3. Kopia przelewu na konto IMiD/ dowód wpłaty z kasy IMiD

## FORMULARZ KLINICZNY

**(informacje objęte tajemnicą zawodową lekarza i diagnosty laboratoryjnego):**

### Cel badania:

Weryfikacja rozpoznania klinicznego

Określenie statusu nosicielstwa

Izolacja DNA bez badania diagnostycznego

Inne: .....

### Wskazania do przeprowadzenia badania:

- Kliniczne objawy choroby takie jak:

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

- Czy badanie molekularne 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 osoby badanej w ramach niniejszego zlecenia

.....  
.....

#### INFORMACJE O TRANSFUZJI

Była wykonana u pacjenta w ciągu  
ostatnich 3 miesięcy:

TAK  NIE

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

#### INFORMACJE O PRZESZCZEPIE SZPIKU

Czy u pacjenta wykonano kiedykolwiek przeszczep  
szpiku:

TAK  NIE

*\* w przypadku przeszczepu szpiku należy do badania genetycznego pobrać inną tkankę niż krew (np. fibroblasty, komórki śluzówki jamy ustnej)*

### OŚWIADCZAM, ŻE JESTEM ŚWIADOM, IŻ:

- WYKONANIE BADANIA GENETYCZNEGO, JAK RÓWNIEŻ OMÓWIENIE JEGO WYNIKU (INTERPRETACJA) POWINNO ODBYĆ SIĘ W POROZUMIENIU Z LEKARZEM SPECJALISTĄ - GENETYKIEM KLINICZNYM LUB LEKARZEM ZLECAJĄCYM WYKONANIE BADANIA GENETYCZNEGO.
- WYNIK ORAZ INTERPRETACJA PRZYGOTOWANA PRZEZ ZESPÓŁ ZGM IMiD ODNOSI SIĘ WYŁĄCZNIE DO INFORMACJI PRZEKAZANYCH DO ZGM PRZEZ OSOBĘ ZLECAJĄCĄ BADANIE

**PODPIS OSOBY BADANEJ/OPIEKUNA PRAWNEGO:**

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

## DEKLARACJA ŚWIADOMEJ ZGODY NA WYKONANIE MOLEKULARNYCH BADAŃ GENETYCZNYCH

(wymagane do wykonania badań genetycznych zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 21.01.2009 (Dz.U.09.22.128 z dnia 11 lutego 2009 r.)

W KIERUNKU: .....  
nazwa choroby lub genu

### Proband – osoba badana

.....  
imię i nazwisko

..... / .....  
PESEL / data urodzenia

.....  
adres

.....  
telefon kontaktowy

.....  
e-mail

### Rodzic / Opiekun prawny \*

.....  
imię i nazwisko

.....  
PESEL

.....  
telefon kontaktowy (jeśli inny niż osoby badanej)

.....  
e-mail

\* wypełnić w przypadku gdy osoba badana jest niepełnoletnia

niniejszym wyrażam zgodę na pobranie:  ode mnie  od mojego dziecka (podopiecznego)

krwi  wycinka skóry  inna tkanka .....

w celu izolacji DNA i wykonania molekularnych badań genetycznych w ramach zlecenia z dnia.....

### Jestem świadomy, że

1. Mogę zrezygnować z prowadzonych badań w dowolnym momencie bez jakichkolwiek konsekwencji.
2. Wynik badania genetycznego jest własnością pacjenta.
3. **Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody\*** na przechowywanie wyizolowanego preparatu DNA po zakończeniu diagnostyki.
4. **Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody\*** na wykorzystywanie mojego DNA do badań naukowych mających na celu rozszerzenie wiedzy na temat podłoża molekularnego chorób genetycznych, **z zachowaniem warunków anonimowości**.
5. **Zgadzam się / nie zgadzam się\*** na informowanie mnie w przyszłości o wynikach badań diagnostycznych i/lub naukowych wtedy, gdy mogłyby one stanowić podstawę do rozpoznania choroby genetycznej, zwiększonego ryzyka jej rozwoju lub udzielenia porady genetycznej.

\* **niepotrzebne skreślić** (brak odpowiedzi w punktach 1-3 jest równoznaczne z wyrażeniem zgody)

### Informacje dodatkowe dla Pacjenta:

- Ponowne pobranie materiału może mieć miejsce w przypadku gdy preparat DNA uległ degradacji lub jego ilość jest niewystarczająca do wykonania analizy.
- Udzielenie prawidłowej porady genetycznej może wiązać się z koniecznością wykonania badań genetycznych u innych członków rodziny. W przypadku gdy pokrewieństwo między członkami badanej rodziny jest inne niż deklarowane, otrzymany wynik i jego interpretacja mogą być nieprawidłowe.
- Zastosowany algorytm diagnostyczny może nie przynieść wyników informacyjnych. Po wdrożeniu nowych metod analizy DNA diagnostyka pod kątem określonego wskazania klinicznego może zostać wznowiona na odrębne zlecenie
- Informacje zawarte w „Sprawozdaniu z analizy DNA” odnoszą się wyłącznie do wskazań medycznych danego badania. Postawienie nowego rozpoznania jest równoznaczne ze zleceniem niezależnego algorytmu diagnostycznego na podstawie odrębnego zlecenia.
- Laboratoryjne wyniki analizy DNA i analizy bioinformatycznej nie stanowią załącznika do „Sprawozdania z analizy DNA”.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Instytut Matki i Dziecka, do celów związanych z wykonaniem diagnostyki genetycznej zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych).

**PODPIS OSOBY BADANEJ/OPIEKUNA PRAWNEGO:**