

KARTA SKIEROWANIA NA BADANIE MOLEKULARNE**INFORMACJE O BADANIU (wypełnić wg oferty badań diagnostycznych ZGM):**Aktualny cennik i lista procedur na stronie www.zgm.imid.med.pl: Menu: Badania diagnostyczne → Oferta → Pracownia genetyki molekularnej

Jednostka chorobowa:

Kod procedury:

INFORMACJE O PACJENCIEImię i nazwisko (*drukowanymi literami*):.....
.....

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

PESEL:

Płeć: żeńska męska nieznana Pochodzenie etniczne: polskie inne

.....

INFORMACJE KONTAKTOWE:

Adres zamieszkania:

.....
.....

Adres e-mail:

Telefon kontaktowy:

Nr karty/rodowodu pacjenta w jednostce kierującej:

.....

INFORMACJE O JEDNOSTCE KIERUJĄCEJ:

Nazwa jednostki:

.....
.....

Adres:

.....
.....

Telefon: Fax

Imię i nazwisko lekarza kierującego:

.....

Dane kontaktowe (tel./e-mail):

.....
.....

Data wystawienia skierowania (dz/m/r):/...../.....

INFORMACJE O MATERIALE BIOLOGICZNYM:

Rodzaj materiału:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> krew obwodowa | <input type="checkbox"/> plama krwi |
| <input type="checkbox"/> hodowla amniocytów | <input type="checkbox"/> płyn owodniowy |
| <input type="checkbox"/> trofoblast | <input type="checkbox"/> wyizolowany DNA |
| <input type="checkbox"/> inne..... | |

Data pobrania próbki od pacjenta (dz/m/r):/...../.....

Uwagi o stanie próbek:.....

Data przyjęcia materiału (dz/m/r):/...../.....

INFORMACJE O WYNIKU ANALIZY DNA:

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

.....
.....**INFORMACJE DO FAKTURY:**

NIP:

Nazwisko i imię / nazwa jednostki kierującej / firmy:

.....
.....

Adres:

Podpis i pieczęć osoby wyrażającej zgodę na pokrycie kosztów badania (Dyrektor, Główny Księgowy)

Uwagi:

Informacje objęte tajemnicą zawodową (lekarza i diagnosty laboratoryjnego):

Cel badania:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Diagnostyka postnatalna | <input type="checkbox"/> Diagnostyka prenatalna |
| <input type="checkbox"/> weryfikacja rozpoznania klinicznego | |
| <input type="checkbox"/> określenie statusu nosicielstwa | <input type="checkbox"/> Diagnostyka post-mortem |
| <input type="checkbox"/> określenie predyspozycji do zachorowania na w/w chorobę genetyczną | <input type="checkbox"/> Zabezpieczenie materiału genetycznego |
| <input type="checkbox"/> diagnostyka przedobjawowa | |

Wskazania do przeprowadzenia badania:

- Pozytywny wywiad rodzinny (proszę podać stopień pokrewieństwa z osobą chorą na daną chorobę)

.....
.....

- Kliniczne objawy choroby takie jak:

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

Inne:

.....
.....

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 probanta oraz imię i nazwisko probanta:

.....
.....

<p>INFORMACJE O TRANSFUZJI</p> <p>Była wykonana u pacjenta w ciągu ostatnich 3 miesięcy:</p> <p><input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p> <p><i>* badanie genetyczne można wykonać po okresie 3 miesięcy od daty transfuzji, w przeciwnym razie istnieje ryzyko otrzymania błędnego wyniku diagnostycznego.</i></p>

<p>INFORMACJE O PRZESZCZEPIE SZPIKU</p> <p>Czy u pacjenta wykonano kiedykolwiek przeszczep szpiku:</p> <p><input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p> <p><i>* w przypadku przeszczepu szpiku należy do badania genetycznego pobrać inną tkankę niż krew (np. fibroblasty, komórki śluzówki jamy ustnej)</i></p>

Oświadczam, iż poinformowałem pacjenta o szczegółach dotyczących rodzaju badania i możliwych wynikach molekularnych badań genetycznych.

<p>PODPIS I PIECZĄTKA LEKARZA KIERUJĄCEGO NA BADANIE:</p>
--

DEKLARACJA SWIADOMEJ ZGODY NA WYKONANIE MOLEKULARNYCH BADAN GENETYCZNYCH*(wymagane do wykonania badań genetycznych zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 21.01.2009(Dz.U.09.22.128z dnia 11 lutego 2009 r.)*

W KIERUNKU:

nazwa choroby lub genu

Probant - osoba badana	Rodzic / Opiekun prawny
<i>Imię i nazwisko</i> /	<i>Imię i nazwisko</i>
<i>PESEL i data urodzenia</i>	<i>PESEL</i>
<i>adres</i>	<i>telefon kontaktowy (jeśli inny niż probanta)</i>
<i>telefon kontaktowy</i>	 <i>* wypełnić w przypadku gdy osoba badana jest niepełnoletnia</i>

Niniejszym wyrażam zgodę na pobranie: ode mnie, od mojego dziecka (podopiecznego) krwi, wycinka skóry, płynu owodniowego, trofoblastu, innej tkanki w celu izolacji DNA i wykonania molekularnych badań diagnostycznych.

Cel Badania:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Diagnostyka postnatalna | <input type="checkbox"/> Diagnostyka prenatalna |
| <input type="checkbox"/> weryfikacja rozpoznania klinicznego | <input type="checkbox"/> Diagnostyka post-mortem |
| <input type="checkbox"/> określenie statusu nosicielstwa | <input type="checkbox"/> Zabezpieczenie materiału genetycznego |
| <input type="checkbox"/> określenie predyspozycji do zachorowania na w/w chorobę genetyczną | |
| <input type="checkbox"/> diagnostyka przedobjawowa | |

Zostałem poinformowany/a o istocie choroby, o celu i znaczeniu wykonywanych badań molekularnych oraz możliwości zrezygnowania z prowadzonych badań w dowolnym momencie bez jakichkolwiek konsekwencji. Wynik badania genetycznego wraz z poradą genetyczną jest własnością pacjenta.

Materiał dostarczony do badań nie podlega zwrotowi. **Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody** * na przechowywanie wyizolowanego preparatu DNA po zakończeniu diagnostyki.

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**.

ZGODA NA INFORMOWANIE O WYNIKACH BADAŃ GENETYCZNYCH INNYCH NIŻ W ZLECENIU

Zgadzam się / nie zgadzam się na informowanie o wynikach badania diagnostycznych i/lub naukowych prowadzonych z wykorzystaniem technik analizy wielogenowej, w przypadku gdyby mogłyby one stanowić podstaw do rozpoznania innej niż w zleceniu, choroby genetycznej, zwiększonego ryzyka jej rozwoju lub udzielenia porady genetycznej. Badania, o których mowa mogą bowiem obejmować swoim zakresem geny, których mutacje odpowiedzialne są za choroby, w których wdrożenie wcześniejszego leczenia może przynieść korzyści medyczne.

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

ZGODA NA PRZESŁANIE WYNIKÓW DROGĄ ELEKTRONICZNĄ

Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody na przesłanie wyników badań genetycznych na skrzynkę kontaktową ośrodka kierującego/ lekarzakierującego.

W przypadku zgody proszę podać adres skrzynki (e-mail)

Jednocześnie oświadczam, że jestem świadomy/-a zagrożenia 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.

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).

..... Data i podpis Rodzica / Opiekuna prawnego (Dotyczy dzieci powyżej 7 r. ż. oświadczam że moje dziecko / podopieczny został poinformowany o badaniu i nie wyraża sprzeciwu na jego wykonanie.) Data i podpis Pacjenta (Jeżeli skończył 13 lat i jest w stanie z rozeznaniem wypowiedzieć się o zlecanym badaniu.) Data i podpis Rodzica / Opiekuna prawnego (W przypadku pacjentów niezdolnych do rozeznania o zalecanym badaniu.)
---	---	---

Oświadczam, iż poinformowałem pacjenta o szczegółach dotyczących rodzaju badania i możliwych wynikach molekularnych badań genetycznych.

.....
data

.....
podpis i pieczęć lekarzakierującego

Informacje dodatkowe dla Pacjenta / Opiekuna prawnego:

- Ponowne pobranie materiału może mieć miejsce w przypadku gdy preparat DNA uległ degradacji i 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.
- W przypadku diagnostyki prenatalnej analiza DNA zostanie wykonana u rodziców płodu i/lub ewentualnie innych członków rodziny.
- Zastosowany algorytm diagnostyczny może nie przynieść wyników informacyjnych. Po wdrożeniu nowych metod analizy DNA diagnostyka pod kątem określonego wskazania klinicznego zostanie wznowiona na zlecenie lekarza kierującego.
- Laboratoryjne wyniki analizy DNA i analizy bioinformatycznej nie stanowią załącznika do „Sprawozdania z analizy DNA”.