



Centrum Badań DNA Sp. z o.o.
Laboratorium Genetyki Medycznej
ul. Ściegiennego 20, 60-128 Poznań
tel.: 509 658 006, fax: 61 623 25 26
e-mail: bok@cbdna.pl, www.cbdna.pl

NR ZLECENIA:

Wypełnia CB DNA

Data i godzina
przyjęcia materiału:

FORMULARZ ZLECENIA BADAŃ - DERMATOLOGIA

wersja 01/06/19

DANE PACJENTA:

Imię:
Nazwisko:
Adres zamieszkania:
Ulica:
Kod pocztowy: Miejscowość:

PESEL:

Data urodzenia: D D M M R R kobieta mężczyzna

tel. kontaktowy:

e-mail:

DANE KONTRAHENTA:

Numer kontrahenta:

Imię i nazwisko lekarza kierującego:

Pieczęć jednostki zlecającej:

.....
data

.....
podpis osoby upoważnionej

e-mail:

tel. kontaktowy:

Wypełnienie powyższych pól jest warunkiem koniecznym do przyjęcia zlecenia, zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 21. 01. 2009 r. w sprawie standardów jakości dla medycznych laboratoriów diagnostycznych i mikrobiologicznych (Dz. U. 2009 r. Nr 22, poz. 128 ze zm.) oraz wymaganiami normy ISO 9001:2008

MATERIAŁ DO BADAŃ:

Rodzaj materiału:

Data i godzina pobrania:

Imię i nazwisko pobierającego:

Kolorem czerwonym oznaczono dane niezbędne do przyjęcia zlecenia!

ZLECANE BADAŃIA:

- 201 Predyspozycja do androgenowego łysienia kobiet + wrażliwość na terapię antyandrogenową
202 Predyspozycja do androgenowego łysienia mężczyzn + wrażliwość na Finasteryd
203 Wrażliwość na Finasteryd u mężczyzn

WSKAZANIA DO WYKONANIA BADAŃ ORAZ ISTOTNE DANE KLINICZNE PACJENTA:

Aktualne rozpoznanie lub podejrzenie choroby:

Czy w ciągu ostatnich 3 miesięcy pacjent przechodził transfuzję krwi? TAK NIE Jeśli tak to materiałem do badań nie może być krew!

Informacje o stosowanym leczeniu:

Informacja o obciążeniach genetycznych w rodzinie pacjenta:

Inne:

DEKLAROWANY SPOSÓB ODBIORU BADAŃ (proszę zaznaczyć wybraną opcję):

Odbiór osobisty w laboratorium

List polecony priorytetowy

Przesyłka kurierska (do ceny testu doliczyć 30 zł)

MIEJSCE PRZESŁANIA WYNIKU LUB DANE OSOBY UPOWAŻNIONEJ DO JEGO ODBIORU

Imię i nazwisko: tel. kontaktowy:

Adres:

PROSZĘ WYPEŁNIĆ DRUGĄ STRONĘ FORMULARZA

PROSZĘ WYPEŁNIĆ Drukowanymi literami

PROSZĘ ZAZNACZYĆ ZLECANE BADAŃIA

Laboratorium zastrzega sobie możliwość ponownego pobrania materiału biologicznego, w sytuacjach, gdy nie jest możliwe wydanie informatywnego wyniku z przyczyn niezależnych od laboratorium (słaba jakość lub niewystarczająca ilość materiału).

Zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) laboratorium informuje, iż:

- 1) administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Centrum Badań DNA Sp. z o.o. ul. Inflancka 25, 61-132 Poznań
- 2) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu świadczenia usług medycznych - na podstawie Art. 6 ust. 1 lit. c ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. oraz na podstawie Art. 9 ust. 1 lit. h ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.
- 3) odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa oraz umowy współpracy z Administratorem Danych Osobowych
- 4) Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą przez okres 20 lat
- 5) posiada Pani/Pan prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych, ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania
- 6) ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego
- 7) podanie danych osobowych jest obowiązkowe na mocy przepisu prawa

Wyrażam zgodę na wykorzystanie danych zawartych w ankiecie do celów badawczych.

Zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016):

wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celach marketingowych.

Oświadczam, że zapoznałam/zapoznałem się z Regulaminem świadczenia usług badań diagnostycznych na rzecz Klientów Centrum Badań DNA Sp. z o.o.

.....
Data i podpis Pacjenta

DEKLARACJA ŚWIADOMEJ ZGODY NA WYKONANIE GENETYCZNYCH BADAŃ MOLEKULARNYCH

Niniejszym wyrażam zgodę na użycie pobranego ode mnie/od mojego dziecka* materiału w postaci krwi/wymazu/inne.....* w celu izolacji DNA i wykonania molekularnych badań diagnostycznych, mających na celu identyfikację zmian w DNA w związku z koniecznością określenia predyspozycji genetycznych / podejrzeniem lub rozpoznaniem choroby*:

* - niepotrzebne skreślić

Wyrażenie zgody jest niezbędne do przeprowadzenia badań diagnostycznych.

Zostałem poinformowana/ny, że:

1. Pobrany materiał zostanie użyty do izolacji mojego DNA oraz wykonania diagnostyki genetycznej.
2. Wyizolowany DNA będzie przechowywany do czasu wykonania analiz w odpowiednich warunkach, jednakże istnieje ryzyko degradacji DNA (proces naturalny), dlatego może zajść potrzeba ponownego pobrania materiału.
3. W niektórych sytuacjach wynik badania może być nieinformatywny lub niejednoznaczny. W takich sytuacjach wynik analizy DNA nie zostanie wydany. Próbkę zostanie poddana ponownemu badaniu po wprowadzeniu nowych metod diagnostycznych, umożliwiających uzyskanie informatywnego wyniku.
4. W przypadku, gdy pokrewieństwo pomiędzy członkami badanej rodziny jest inne niż deklarowane, otrzymany wynik badania może być niewłaściwie zinterpretowany.
5. Jeśli w okresie od pobrania materiału do badań a datą wystawienia wyniku pacjent niepełnoletni ukończy 18 rok życia, przed wydaniem wyniku konieczne będzie podpisanie przez niego formularza „Deklaracja Świadomej Zgody”.
6. Wyizolowane DNA będzie przechowywane i anonimowo wykorzystane do genetycznych badań naukowych, mających na celu rozszerzenie wiedzy na temat molekularnego podłoża chorób genetycznych.

Wyrażam zgodę na przechowywanie DNA i jego anonimowe użycie do badań naukowych, W przypadku nie wyrażenia zgody DNA zostanie zniszczone po zakończeniu analiz.

Jeśli wyniki badań naukowych prowadzonych w przyszłości mogłyby stanowić podstawę do rozpoznania choroby genetycznej lub zwiększonego ryzyka jej rozwoju, **wyrażam zgodę na przekazanie mi odpowiednich informacji.**

Dane rodzica lub opiekuna prawnego (wypełnić jeśli pacjent jest niepełnoletni)

Imię	Nazwisko
Data urodzenia	Telefon kontaktowy
Adres	

Zostałem poinformowany o rodzaju badania genetycznego i jego możliwych wynikach

.....
Data

.....
Podpis pacjenta / rodzica / prawnego opiekuna

Pacjent został poinformowany o celu i szczegółach dotyczących rodzaju badania oraz możliwych wynikach, które będą wymagały właściwej interpretacji.

.....
Podpis i pieczętka lekarza kierującego