



Centrum Badań DNA Sp. z o.o.
Laboratorium Genetyki Medycznej
ul. Ściegiennego 20, 60-128 Poznań
tel.: 61 646 85 85, 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 - DIAGNOSTYKA CHORÓB I PREDYSPOZYCJI GENETYCZNYCH wersja 01/06/19

PROSZĘ WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI

DANE PACJENTA:					DANE KONTRAHENTA:				
Imię:					Numer kontrahenta:				
Nazwisko:					Imię i nazwisko lekarza kierującego:				
Adres zamieszkania:					Pieczęć jednostki zlecającej:				
Ulica:.....									
Kod pocztowy:.....Miejscowość:.....									
PESEL:									
Data urodzenia: D D M M R R				 data				
kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna <input type="checkbox"/>				 podpis osoby upoważnionej				
tel. kontaktowy:					e-mail:				
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!

PROSZĘ ZAZNACZYĆ ZLECANE BADAŃIA

ZLECANE BADAŃIA PODSTAWOWE:	
<p>POJEDYNCZE BADAŃIA:</p> <p>901 <input type="checkbox"/> Mukowiscydoza - analiza 9 mutacji genu CFTR</p> <p>902 <input type="checkbox"/> Rak piersi i jajnika - analiza 5 mutacji genu BRCA1</p> <p>915 <input type="checkbox"/> Rak piersi i jajnika - analiza mutacji genu BRCA2</p> <p>916 <input type="checkbox"/> Rak piersi i prostaty - analiza mutacji genu NBS1</p> <p>917 <input type="checkbox"/> Rak piersi, jajnika, jelita grubego, płuca - analiza mutacji genu NOD2</p> <p>918 <input type="checkbox"/> Rak piersi, jelita grubego, prostaty, tarczycy, nerki - analiza mutacji genu CHEK2</p> <p>919 <input type="checkbox"/> Rak skóry (czerniak), trzustki, piersi, jelita grubego, płuc - analiza mutacji genu CDKN2A (p16)</p> <p>920 <input type="checkbox"/> Rak piersi, jelita grubego, pęcherza moczowego, płuca, krtani - analiza mutacji genu CYP1B1</p> <p>931 <input type="checkbox"/> Genetyczne predyspozycje do czerniaka - analiza mutacji genu CDKN2A i BRAF</p> <p>940 <input type="checkbox"/> Rodzinna polipowatość gruczołakowa jelita grubego (FAP) - analiza 4 mutacji genu APC</p> <p>910 <input type="checkbox"/> Analiza mutacji somatycznych genu KRAS (12 i 13 kodon sekwencji białka)</p> <p>903 <input type="checkbox"/> Genetyczne predyspozycje do choroby Alzheimera i miażdżycy - genotypowanie ApoE</p> <p>905 <input type="checkbox"/> Cukrzyca wrodzona - analiza mutacji genu KCNJ11</p> <p>908 <input type="checkbox"/> Choroba zakrzepowo-zatorowa - mutacja Leiden czynnika V genu F5 (R506Q)</p> <p>909 <input type="checkbox"/> Genetyczna predyspozycja do rdzeniastego raka tarczycy - analiza 16 mutacji genu RET</p> <p>911 <input type="checkbox"/> Choroba zakrzepowo - zatorowa - mutacja genu protrombiny F2</p> <p>912 <input type="checkbox"/> Wady cewy nerwowej i choroba zakrzepowo zatorowa- analiza polimorfizmu genu MTHFR (C677T oraz A1298C)</p> <p>913 <input type="checkbox"/> Diagnostyka policitemii, trombocytemii i mielofibrozy - analiza mutacji somatycznej p. V617F (G1849T) genu JAK2</p> <p>923 <input type="checkbox"/> Genetyczna predyspozycja do pierwotnej nietolerancji laktozy (typu dorosłego) - badanie polimorfizmów 13910 oraz 220018 genu LCT (laktaza)</p> <p>924 <input type="checkbox"/> Genotypowanie interleukiny 28B w leczeniu wirusowego zapalenia wątroby typu C (rs12979860 oraz rs8099917)</p> <p>925 <input type="checkbox"/> Genotypowanie interleukiny 28B w leczeniu wirusowego zapalenia wątroby typu C (rs12979860)</p> <p>926 <input type="checkbox"/> Genotypowanie interleukiny 28B w leczeniu wirusowego zapalenia wątroby typu C (rs8099917)</p>	<p>928 <input type="checkbox"/> Celiakia - identyfikacja haplotypów HLA-DQ2 i HLA-DQ8</p> <p>932 <input type="checkbox"/> Genetyczne predyspozycje do choroby Leśniowskiego-Crohna (nieswoiste zapalenie jelit) - analiza mutacji genu NOD2</p> <p>933 <input type="checkbox"/> Metabolizm tłuszczów - analiza genów APOA1 (L178P) i APOE</p> <p>934 <input type="checkbox"/> Predyspozycja do otyłości - analiza genu FTO</p> <p>935 <input type="checkbox"/> Predyspozycja do detoksykacji organizmu - analiza genu SOD2 (A16V)</p> <p>936 <input type="checkbox"/> Predyspozycja do nadciśnienia/ wrażliwość na sól - analiza 3 mutacji genu GRK4 i genotypowanie ACE</p> <p>937 <input type="checkbox"/> Nietolerancje pokarmowe (laktoza, fruktoza, kofeina)</p> <p>938 <input type="checkbox"/> Predyspozycja do cellulitu - genotypowanie ACE</p> <p>939 <input type="checkbox"/> Drżenie samoistne - analiza polimorfizmu Ser9Gly w genie DRD3</p> <p>941 <input type="checkbox"/> Zespół Gilberta - analiza genu UGT1A1</p> <p>942 <input type="checkbox"/> Hemochromatoza pierwotna - analiza 2 mutacji genu HFE (C282Y, H63D)</p> <p>985 <input type="checkbox"/> aCGH - test służący wykrywaniu niezrównoważonych aberracji chromosomowych</p> <p>986 <input type="checkbox"/> Zakrzepica żył/trombofilia - analiza polimorfizmu 45/5G w genie PAI-1 (SERPINE1)</p> <p>PANELE BADAŃ:</p> <p>914 <input type="checkbox"/> Panel predyspozycji do raka piersi i jajnika - analiza 15 mutacji w 7 genach: BRCA1, BRCA2, NBS1, NOD2, CHEK2, PCDCN2A, CYP1B1</p> <p>930 <input type="checkbox"/> Test HTGR - diagnostyka ryzyka nowotworowego zależnego od estrogenów - analiza mutacji genów BRCA1, BRCA2, CHEK2</p> <p>943 <input type="checkbox"/> Rozszerzenie diagnostyki raka piersi - analiza 4 mutacji genu PALB2 I etap</p> <p>944 <input type="checkbox"/> Rozszerzenie diagnostyki raka piersi - analiza 3 mutacji genu PALB2 II etap</p> <p>946 <input type="checkbox"/> Predyspozycja do raka prostaty (BRCA1, CHEK, NBS1)</p> <p>947 <input type="checkbox"/> Predyspozycja wielonarządowa do nowotworów (NOD2, CHEK2, APC)</p> <p>981 <input type="checkbox"/> Panel predyspozycji do genetycznie uwarunkowanych chorób zakrzepowo - zatorowych (mutacja genu protrombiny F2, czynnika V Leiden F5, polimorfizmu genu MTHFR)</p>

WSKAZANIA DO WYKONANIA BADAŃIA ORAZ ISTOTNE DANE KLINICZNE PACJENTA:	
Aktualne rozpoznanie lub podejrzenie choroby:	
Czy w ciągu ostatnich 3 miesięcy pacjent przechodził transfuzję krwi? TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Jeśli tak to materiałem do badań nie może być krew!	
Informacje o stosowanym leczeniu:	
Informacja o obciążeniach genetycznych w rodzinie pacjenta:	

DEKLAROWANY SPOSÓB ODBIORU BADAŃ (proszę zaznaczyć wybraną opcję):	
<input type="checkbox"/> Odbiór wyników on-line e-mail:.....	<input type="checkbox"/> Odbiór osobisty w laboratorium
<input type="checkbox"/> List polecony priorytetowy (do ceny testu doliczyć 10 zł)	<input type="checkbox"/> Przesyłka kurierska (do ceny testu doliczyć 30 zł)

MIEJSCE PRZESŁANIA WYNIKU LUB DANE OSOBY UPOWAŻNIONEJ DO JEGO ODBIORU (wypełnić wyłącznie w przypadku opcji innej niż wyniki on-line):	
Imię i nazwisko:	tel. kontaktowy:
Adres:	

PROSZĘ WYPEŁNIĆ DRUGĄ STRONĘ FORMULARZA

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 obligatoryjne 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.

*Proszę o udostępnienie wyników badań laboratoryjnych na wskazany przeze mnie w ankiecie adres e-mail.

Jednocześnie oświadczam, że zapoznałam/zapoznałem się z Regulaminem korzystania z serwisu do odbierania wyników on-line i wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu i w zakresie potrzeb niezbędnych do realizacji w/w usługi.

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. Wyzolowany DNA będzie przechowywany do czasu wykonania analiz w odpowiednich warunkach, jednakże istnieje ryzyko degradacji DNA (proces naturalny), dlatego może zająć 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. Wyzolowane 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 pieczęć lekarza kierującego