

WSKAZANIA DO WYKONANIA BADANIA 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:

MIEJSCE PRZESŁANIA WYNIKU LUB DANE OSOBY UPOWAŻNIONEJ DO JEGO ODBIORU (nie dotyczy kontrahentów):

Imię i nazwisko: tel. kontaktowy:

Adres:

DEKLAROWANY SPOSÓB ODBIORU BADAŃ (nie dotyczy kontrahentów):

List polecony priorytetowy (bezpłatnie) Przesyłka kurierska Odbiór osobisty w laboratorium

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.

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. Próbka 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

ANKIETA ZACHOROWANIA NA NOWOTWORY

DANE DOTYCZĄCE ZACHOROWAŃ U KREWNYCH

Pokrewieństwo	Imię i nazwisko	Rok urodzenia	Żyje*		Zachorował na nowotwór*		Jeżeli zachorował to podać umiejscowienie/wiek zachorowania
			TAK	NIE	TAK	NIE	
OJCIEC							
MATKA							
RODZEŃSTWO							
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							
7.							
8.							
DZIECI							
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							
7.							

*W ODPowiedniej RUBRYCE WPISAĆ DATĘ ZGONU I/LUB ZACHOROWANIA.
Jeżeli żyje i/lub nie zachorował, proszę wstawić X.

DANE O DALSZYCH KREWNYCH (BABCIE, DZIADKOWIE, RODZEŃSTWO RODZICÓW, KUZYNIE), KTÓRZY CHOROWALI NA NOWOTWÓR

Stopień pokrewieństwa oraz możliwe inicjały	Wiek zachorowania	Umiejscowienie nowotworu
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		

CZY BYŁY WYKONYWANE BADANIA GENETYCZNE? JEŻELI TAK TO JAKIE? I CO ZOSTAŁO WYKRYTE ?

.....

.....

.....

.....

.....