



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

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	kobieta <input type="checkbox"/>	mężczyzna <input type="checkbox"/>
tel. kontaktowy:		tel. kontaktowy:	
e-mail:		e-mail:	

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.)

MATERIAŁ DO BADAŃ:		
Rodzaj materiału:	Data i godzina pobrania:	Imię i nazwisko pobierającego:

Kolorem czerwonym oznaczono dane niezbędne do przyjęcia zlecenia!

DIAGNOSTYKA WIRUSOWEGO ZAPALENIA WĄTROBY:

POJEDYNCZE BADANIA:

- 303 Wirus HBV (WZW typu B) - test jakościowy, Real Time PCR
304 Wirus HBV (WZW typu B) - test jakościowy+iłoścowy, Real Time PCR
306 Wirus HCV (WZW typu C) - test jakościowy, Real Time PCR
307 Wirus HCV (WZW typu C) - test jakościowy+iłoścowy, Real Time PCR

DIAGNOSTYKA INFЕКCJI OGÓLNOUSTROJOWYCH:

POJEDYNCZE BADANIA:

- 301 Test na obecność Candida sp. - test jakościowy, PCR
332 CMV (wirus cytomegalii) - test jakościowy, Real Time PCR
341 EBV (wirus Epstein-Barr) - test jakościowy, Real Time PCR
300 CMV + EBV - test jakościowy, Real Time PCR

PANELE BADAŃ:

- 724 Panel MENINGITIS infekcje bakteryjne - wykrywanie bakterii: Neisseria meningitidis, Streptococcus pneumoniae, Streptokoki grupy B, Haemophilus influenzae, Listeria monocytogenes - jakościowo Real Time PCR
725 Panel MENINGITIS infekcje wirusowe - wykrywanie wirusów: HSV1, HSV2, VZV, CMV, EBV, HHV6, enterowirusy - jakościowo multiplex PCR
726 Panel MENINGITIS zapalenie opon mózgowych - Neisseria meningitidis, Streptococcus pneumoniae, Streptokoki grupy B, Haemophilus influenzae, Listeria monocytogenes, HSV1, HSV2, VZV, CMV, EBV, HHV6, enterowirusy - jakościowo multiplex PCR

DANE ISTOTNE DO WYKONANIA BADANIA:

Czy pobrany płyn mózgowo-rdzeniowy był mrożony: TAK NIE

PROSZĘ ZAZNACZYĆ ZLECANE BADANIA

PROSZĘ WYPEŁNIĆ DRUGĄ STRONĘ FORMULARZA

DEKLAROWANY SPOSÓB ODBIORU BADAŃ (prosimy zaznaczyć wybraną opcję):

List polecony priorytetowy Odbiór osobisty w laboratorium Przesyłka kurierska (do ceny testu doliczyć 30 zł)

MIEJSCE PRZESŁANIA WYNIKU LUB DANE OSOBY UPOWAŻNIONEJ DO JEGO ODBIORU:

Imię i nazwisko: tel. kontaktowy:

Adres:

ISTOTNE DANE KLINICZNE PACJENTA / UWAGI:

Deklaracja świadomej zgody na wykonanie badań molekularnych: Niniejszym wyrażam zgodę na użycie pobranego ode mnie/od mojego dziecka* materiału (krwi/wymazu/wycinkatkanki**) w celu izolacji kwasów nukleinowych i wykonania molekularnych badań diagnostycznych, mających na celu identyfikację zmian w DNA lub identyfikację DNA mikroorganizmów chorobotwórczych w związku z podejrzeniem lub rozpoznaniem choroby. **Uwaga! Wyrażenie zgody jest konieczne do przeprowadzenia badań diagnostycznych!**

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.

Wyrażam zgodę na anonimowe wykorzystanie materiału genetycznego do badań naukowych, wpływających na poszerzenie wiedzy z zakresu zakażeń mikrobiologicznych lub chorób dziedzicznych.

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 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.

** niepotrzebne skreślić

.....
Data i podpis pacjenta