



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 - INFЕКCJE DRÓG MOCZOWO-PŁCIOWYCH

Wersja 01/06/19

PROSZĘ WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI

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

POJEDYNCZE BADAŃIA:

- | | |
|--|--|
| 400 <input type="checkbox"/> HPV38 - wykrywanie 38 typów wirusa + genotypowanie HPV 6,11,16,18,31,33 | 112 <input type="checkbox"/> Ureaplasma urealyticum |
| 401 <input type="checkbox"/> HPV30 - genotypowanie 30 typów wirusa HPV | 113 <input type="checkbox"/> Chlamydia trachomatis |
| 602 <input type="checkbox"/> Trichomonas vaginalis (rzęsistek pochwy) | 112 <input type="checkbox"/> Wirus HSV I/II (wirus opryszczki) oraz różnicowanie typów |

PANELE BADAŃ:

- 703 Panel **URO-GENITAL 3A** - panel identyfikacji 3 patogenów: Ureaplasma urealyticum, Chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhoeae - test jakościowy, multiplex PCR
- 704 Panel **URO-GENITAL 3B** - panel identyfikacji 3 patogenów: Mycoplasma hominis, Mycoplasma genitalium, Ureaplasma urealyticum, test jakościowy multiplex PCR
- 709 Panel **URO-GENITAL 6** - panel identyfikacji 6 patogenów: Mycoplasma hominis, Mycoplasma genitalium, Ureaplasma urealyticum, Ureaplasma parvum, Chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhoeae, test jakościowy multiplex PCR
- 711 Panel **URO-GENITAL 11** - panel identyfikacji 11 patogenów: Mycoplasma hominis, Mycoplasma genitalium, Ureaplasma urealyticum, Ureaplasma parvum, Chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhoeae, Trichomonas vaginalis, wirus HSV I, HSV II, Haemophilus ducreyi, Troponema pallidum test jakościowy multiplex PCR
- 721 Panel **BAKTERIE+GRZYBY** - Mycoplasma hominis, Mycoplasma genitalium, Ureaplasma urealyticum, Ureaplasma parvum, Chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhoeae, Candida albicans, C. glabrata, C. tropicalis, C. parapsilosis, C. kefyr, C. guilliermondii, C. dubliniensis, C. lusitanae, C. krusei, Y. lipolytica - test jakościowy, multiplex PCR

DEKLAROWANY SPOSÓB ODBIORU BADAŃ (proszę zaznaczyć wybraną opcję):

- odbiór wyniku on-line 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:

--

PROSZĘ ZAZNACZYĆ ZLECANE BADAŃIA

PROSZĘ WYPEŁNIĆ DRUGĄ STRONĘ FORMULARZA

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 obowiązkowe 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