

FORMULARZ ZLECENIA BADAŃ

PREDYSPOZYCJE GENETYCZNE

Centrum Badań DNA Sp. z o.o.

ul. Ściegiennego 20, 60-128 Poznań

tel. 530 784 239 | e-mail: bok@cbdna.pl

Data i godzina
dostarczeniaNumer
zlecenia

Sposób dostarczenia

- ☐ bezpośrednio
☐ kurier
☐ poczta
☐ pobranie w laboratorium

Przydatność do badania

- ☐ tak
☐ nie
☐ warunkowo

wypełnia laboratorium

Dane pacjenta

Imię Nazwisko

Ulica / numer domu

Kod pocztowy / miasto

PESEL: Data urodzenia

Telefon

E-mail

Płeć ☐ kobieta ☐ mężczyzna

Wypełnienie powyższych pól jest warunkiem koniecznym do przyjęcia zlecenia, zgodnie z obwieszczeniem Ministra Zdrowia z dnia 5 września 2019 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie standardów jakości dla medycznych laboratoriów diagnostycznych i mikrobiologicznych (Dz.U. 2019 poz. 1923) ze zmianami (Dz.U. 2019 poz. 1923), (Dz.U. 2020 poz. 2042)

Dane Zleceniodawcy/ Kontrahenta

Numer kontrahenta

Pieczęć jednostki zlecającej

Data i podpis :

Telefon/ e-mail:

Materiał do badania Data i godzina pobrania Dane osoby pobierającej

POJEDYNCZE BADANIA

- 901 ☐ Mukowiscydoza - analiza 9 mutacji genu **CFTR**
902 ☐ Rak piersi i jajnika - analiza 5 mutacji genu **BRCA1**
915 ☐ Rak piersi i jajnika - analiza mutacji genu **BRCA2**
916 ☐ Rak piersi i prostaty - analiza mutacji genu **NBS1**
917 ☐ Rak piersi, jajnika, jelita grubego, płuca - analiza mutacji genu **NOD2**
918 ☐ Rak piersi, jelita grubego, prostaty, tarczycy, nerki - analiza mutacji genu **CHEK2**
919 ☐ Rak skóry (czerniak), trzustki, piersi, jelita grubego, płuc - analiza mutacji genu **CDKN2A (p16)**
920 ☐ Rak piersi, jelita grubego, pęcherza moczowego, płuca, krtani - analiza mutacji genu **CYP1B1**
931 ☐ Czerniak - analiza mutacji somatycznej genu **BRAF**
910 ☐ Analiza mutacji somatycznych genu **KRAS** (12 i 13 kodon sekwencji białka)
903 ☐ Predyspozycje do choroby Alzheimera i miażdżycy - genotypowanie **ApoE**
908 ☐ Choroba zakrzepowo-zatorowa - mutacja Leiden czynnika V genu **F5**
909 ☐ Rdzeniasty rak tarczycy - analiza 16 mutacji genu **RET**
911 ☐ Choroba zakrzepowo - zatorowa - mutacja genu protrombiny **F2**
912 ☐ Polimorfizm genu **MTHFR** (C677T oraz A1298C)
913 ☐ Analiza mutacji somatycznej p. V617F (G1849T) genu **JAK2**
923 ☐ Nietolerancja laktozy - badanie polimorfizmów 13910 oraz 220018 genu **LCT**
924 ☐ Genotypowanie interleukiny 28B w leczeniu WZW typu C (rs12979860 oraz rs8099917)
925 ☐ Genotypowanie interleukiny 28B w leczeniu WZW typu C (rs12979860)
926 ☐ Genotypowanie interleukiny 28B w leczeniu WZW typu C (rs8099917)
928 ☐ Celiakia - identyfikacja haplotypów **HLA-DQ2 i HLA-DQ8**

- 933 ☐ Metabolizm tłuszczów - analiza genów **APOA1** (L178P) i **APOE**
934 ☐ Predyspozycja do otyłości - analiza genu **FTO**
935 ☐ Predyspozycja do detoksykacji organizmu - analiza genu **SOD2** (A16V)
936 ☐ Nadciśnienie i wrażliwość na sól - analiza 3 mutacji genu **GRK4** i genotypowanie **ACE**
937 ☐ Nietolerancje pokarmowe (laktoza, fruktoza, kofeina)
938 ☐ Predyspozycja do cellulitu - genotypowanie **ACE**
939 ☐ Drżenie samoistne - analiza polimorfizmu Ser9Gly w genie **DRD3**
941 ☐ Zespół Gilberta - analiza genu **UGT1A1**
942 ☐ Hemochromatoza pierwotna - analiza 2 mutacji genu **HFE** (C282Y, H63D)
986 ☐ Zakrzepica żył/trombofilia - analiza polimorfizmu 45/5G w genie **PAI-1** (SERPINE1)
941 ☐ Androgenowe łysienie kobiet + wrażliwość na terapię antyandrogenową
942 ☐ Androgenowe łysienie mężczyzn + wrażliwość na Finasteryd
986 ☐ Wrażliwość na Finasteryd u mężczyzn

PANELE BADAŃ

- 914 ☐ Rak piersi i jajnika - analiza 15 mutacji w 7 genach: **BRCA1, BRCA2, NBS1, NOD2, CHEK2, PCDKN2A, CYP1B1**
930 ☐ Test HTGR - diagnostyka ryzyka nowotworowego zależnego od estrogenów - analiza mutacji genów **BRCA1, BRCA2, CHEK2**
941 ☐ Predyspozycja do raka prostaty (**BRCA1, CHEK, NBS1**)
947 ☐ Predyspozycja wielonarządowa do nowotworów (**NOD2, CHEK2, APC**)
990 ☐ Panel zakrzepowo - zatorowy (protrombina, V Leiden **F5**, **MTHFR**, **PAI-1**)

SPOSÓB ODBIORU WYNIKU ☐ online ☐ osobiście ☐ list polecony ☐ przesyłka kurierska (za dopłatą 30 PLN)

MIEJSCE PRZESŁANIA WYNIKU LUB DANE OSOBY UPOWAŻNIONEJ DO JEGO ODBIORU

Imię i nazwisko telefon

Adres e-mail

UWAGI / ISTOTNE DANE KLINICZNE PACJENTA

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. Ściegiennego 20, 60-128 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. 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 pieczęć lekarza kierującego