

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
dostarczenia

Numer
zlecenia

Sposób dostarczenia

- bezpośrednio
 kurier
 poczta
 pobranie w laboratorium

Przydatność do badania

- tak
 nie
 warunkowo

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, CDKN2A, 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 obowiązkowe 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.

Zostałam 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	

Zostałam 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