

FORMULARZ ZLECENIA BADAŃ PREDYSPOZYCJE GENETYCZNE - NGS

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 _____

- ABC ABC Nowotworów
803 Panel „170 PLUS”
802 Panel „Dla NIEGO”
801 Panel „Dla NIEJ”
843 Panel na kardiomiopatie
842 Panel na choroby układu krążenia
836 Panel chorób neurodegeneracyjnych
852 Panel zaburzeń rozwojowych mózgu
841 Panel na choroby nerwowo-mięśniowe
858 Panel na epilepsję
844 Panel na spektrum zaburzeń autystycznych
831 Neurofibromatoza typu 1
851 Neurofibromatoza typu 2
849 Nowotwory układu nerwowego
847 Panel ginekologiczny
845 Panel dermatologiczny
846 Panel gastrologiczny
848 Panel urologiczny
857 Panel na albinizm
838 Panel na choroby i zaburzenia oczu
856 Panel na choroby wśród Żydów Aszkenazyjskich
855 Panel na ciliopatie
854 Panel na spektrum chorób skóry
837 Panel na spektrum chorób tkanki łącznej
853 Panel na spektrum chorób metabolicznych
839 Panel na zaburzenia kanałów jonowych
840 Panel na zaburzenia słuchu
834 Stwardnienie guzowate
833 Zespół Li-Fraumeniego

- 825 BRCA1&BRCA2
823 BRCA1
824 BRCA2
830 Polipowatość jelita grubego (MUTYH)
829 Rodzinna polipowatość jelita grubego (APC)
835 Panel na choroby nerek
807 Nowotwory układu krwiotwórczego
832 Mnoga gruczolakowatość wewnątrzwydzielnicza
864 Panel na wrodzone choroby genetyczne
806 Nowotwór jelita grubego
808 Nowotwór nerki
814 Nowotwór pęcherza moczowego
809 Nowotwór płuc
811 Nowotwór przełyku
815 Nowotwór tarczycy
813 Nowotwór trzustki
817 Nowotwór żołądka
812 Rak jamy nosowo-gardłowej
805 Nowotwór piersi
850 Nowotwór przytarczyc
860 Nowotwór trzonu macicy
861 Nowotwór wątrobowokomórkowy
810 Nowotwór skóry
804 Nowotwór gruczołu krokowego
816 Nowotwór zarodkowy jądra
818 Nowotwór jajnika
819 Nowotwór kości
826 Siatkówczak - analiza 1 genu
869 Analiza całego genomu (WGS)
863 Analiza eksomu (WES)

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

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:

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.

Zostałem poinformowana/ny, że:

1. Pobrany materiał zostanie użyty do izolacji mojego DNA oraz wykonania diagnostyki genetycznej.
2. Wyzolowany 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. Wyzolowane 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