

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 Przydatność do badania

<input type="checkbox"/> bezpośrednio	<input type="checkbox"/> tak
<input type="checkbox"/> kurier	<input type="checkbox"/> nie
<input type="checkbox"/> poczta	<input type="checkbox"/> warunkowo
<input type="checkbox"/> pobranie w 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

- 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
- 863 Analiza eksomu (WES)
- 869 Analiza całego genomu (WGS)

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:

Czy w ciągu ostatnich 3 miesięcy pacjent przechodził transfuzję krwi? TAK NIE **Jeśli tak to materiałem do badań nie może być krew!**

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.

* - 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 zająć 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. 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 analizy.
6. 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.
7. Jeśli w okresie od pobrania materiału do badań a datę wystawienia wyniku pacjent niepełnoletni ukończy 18 rok życia, przed wydaniem wyniku konieczne będzie podpisanie przez niego formularza „Deklaracja Świadomej Zgody”.

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

.....
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



DANE DOTYCZĄCE PACJENTA

Aktualne podejrzenie lub rozpoznanie choroby:.....

Objawy:.....

Informacja o stosowanym leczeniu:.....

Czy były wykonywane badania genetyczne? Jeśli tak, to jakie? Co zostało wykryte.....

DANE DOTYCZĄCE ZACHORWAŃ U KREWNYCH

Pokrewieństwo	Imię i nazwisko	Rok urodzenia	Żyje*		Choroba genetyczna		Jeśli tak, to jaka?	Zachorował na nowotwór*		Jeżeli zachorował to podać umiejscowienie /wiek zachorowania
			TAK	NIE	TAK	NIE		TAK	NIE	
OJCIEC										
MATKA										
RODZEŃSTWO										
1.										
2.										
3.										
4.										
DZIECI										
1.										
2.										
3.										
4.										
Dane dotyczące dalszych krewnych (babcie, dziadkowie, rodzeństwo rodziców, kuzyni)	Stopień pokrewieństwa oraz możliwe inicjały									

*W ODPOWIEDNIEJ RUBRYCE WPISAĆ DATĘ ZGONU I/LUB ZACHOROWANIA.

Jeżeli żyje i/lub nie zachorował, proszę wstawić X.