

FORMULARZ ZLECENIA BADAŃ
PREDYSPOZYCJE GENETYCZNE
Sekwencjonowanie metodą Sangera

Centrum Badań DNA Sp. z o.o.
ul. Ściegiennego 20, 60-128 Poznań
tel. 530 784 239 | e-mail: bok@cbdna.pl

Wersja 01/07/22

**Data i godzina
dostarczenia**

**Numer
zlecenia**

Sposób dostarczenia

- ☐ bezpośrednio
☐ kurier
☐ poczta
☐ pobranie w laboratorium

Przydatność do badania

- ☐ tak
☐ nie
☐ warunkowo

wypełnia laboratorium

DANE PACJENTA:

ZLECENIODAWCA (nie dotyczy badań prywatnych):

Imię: _____

Nazwisko: _____

Adres zamieszkania: _____

Ulica: _____

Kod pocztowy: _____ Miejscowość: _____

PESEL: _____

Data urodzenia: _____

tel. kontaktowy: _____

e-mail: _____

Numer kontrahenta: _____

Imię i nazwisko lekarza kierującego: _____

Pieczęć jednostki zlecającej: _____

data _____ podpis osoby upoważnionej _____

tel. kontaktowy: _____

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)

MATERIAŁ DO BADAŃ

Rodzaj materiału: _____ Data i godzina pobrania: _____ Imię i nazwisko pobierającego: _____

ZAMÓWIONE TESTY

POJEDYNCZE BADANIA

- 901 ☐ Mukowiscydoza - 9 mutacji genu **CFTR**
- 902 ☐ Rak piersi i jajnika - 5 mutacji genu **BRCA1**
- 903 ☐ Choroba Alzheimera i miażdżycza - **genotypowanie ApoE**
- 915 ☐ Rak piersi i jajnika - **BRCA2**
- 916 ☐ Rak piersi i prostaty - **NBS1**
- 917 ☐ Rak piersi, jajnika, jelita grubego, płuca - **NOD2**
- 918 ☐ Rak piersi, jelita grubego, prostaty, tarczycy, nerki - **CHEK2**
- 919 ☐ Rak skóry (czerniak), trzustki, piersi, jelita grubego, płuc - **CDKN2A (p16)**
- 920 ☐ Rak piersi, jelita grubego, pęcherza moczowego, płuca, krtani - **CYP1B1**
- 931 ☐ Czerniak - analiza mutacji somatycznej genu **BRAF**
- 910 ☐ Analiza mutacji somatycznych genu **KRAS** (12 i 13 kodon sekwencji białka)
- 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**
- 924 ☐ Genotypowanie interleukiny 28B - 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)

- 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**
- 904 ☐ Homocystynuria - analiza mutacji genu **CBS**
- 201 ☐ Androgenowe łysienie kobiet + wrażliwość na terapię antyandrogenową
- 202 ☐ Androgenowe łysienie mężczyzn + wrażliwość na Finasteryd
- 203 ☐ Wrażliwość na Finasteryd u mężczyzn

PANELE BADAŃ

- 914 ☐ Rak piersi i jajnika - 15 mutacji w 7 genach: **BRCA1, BRCA2, NBS1, NOD2, CHEK2, PCDCN2A, CYP1B1**
- 930 ☐ Test HTGR - diagnostyka ryzyka nowotworowego zależnego od estrogenów - analiza mutacji genów **BRCA1, BRCA2, CHEK2**
- 946 ☐ Predyspozycja do raka prostaty (**BRCA1, CHEK, NBS1**)
- 947 ☐ Predyspozycja wielonarządowa do nowotworów (**NOD2, CHEK2, APC**)
- 981 ☐ Panel zakrzepowo - zatorowy (protrombina, V Leiden, **MTHFR**)
- 990 ☐ Panel zakrzepowo - zatorowy (protrombina, V Leiden, **MTHFR, PAI-1**)

WSKAZANIA DO WYKONANIA BADANIA ORAZ 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: _____

MIEJSCE PRZESŁANIA WYNIKU LUB DANE OSOBY UPOWAŻNIONEJ DO JEGO ODBIORU

Imię i nazwisko: _____ tel. kontaktowy: _____

Adres: _____

DEKLAROWANY SPOSÓB ODBIORU WYNIKU (proszę zaznaczyć wybraną opcję)

- ☐ online ☐ odbiór osobisty w laboratorium ☐ list polecony ☐ przesyłka kurierska

Kolorem czerwonym oznaczono dane niezbędne do przyjęcia zlecenia!

Laboratorium zastrzega sobie możliwość ponownego pobrania materiału biologicznego, w sytuacjach gdy nie jest możliwe wydanie informatywnego wyniku z przyczyn niezależnych od laboratorium.

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.

Jednocześnie wyrażam zgodę na wykorzystanie danych osobowych zawartych w ankiecie zgodnie z Regulaminem korzystania z serwisu do odbierania wyników on-line.

Oświadczam, że zapoznałam/zapoznałem się z Regulaminem oświadczenia 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 poinformowany/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. 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 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)

Zostałem poinformowany o rodzaju badania genetycznego i jego możliwych wynikach

Imię Nazwisko

Data urodzenia Telefon kontaktowy

.....
Data Podpis pacjenta / rodzica / prawnego opiekuna

Adres

Pacjent został poinformowany o celu i szczegółach dotyczących rodzaju badania oraz możliwych wynikach, które będą wymagały właściwej interpretacji.

.....
Podpis i pieczęć lekarza kierującego