

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

Data i godzina
dostarczenia

Numer
zlecenia

Sposób dostarczenia

- bezpośrednio
 kurier
 poczta
 pobranie w laboratorium

Przydatność do badania

- tak
 nie
 warunkowo

wypełnia laboratorium

DANE PACJENTA:

Imię

Nazwisko:

Adres zamieszkania:

Ulica:

Kod pocztowy: Miejscowość:

PESEL:

Data urodzenia: D D M M R R kobieta mężczyzna

tel. kontaktowy:

e-mail:

ZLECENIODAWCA (nie dotyczy badań prywatnych):

Numer kontrahenta:

Imię i nazwisko
lekarza kierującego:

Pieczęć jednostki zlecającej:

data

podpis osoby upoważnionej

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
203 Wrażliwość na Finasteryd u mężczyzn
204 Androgenowe łysienie mężczyzn + wrażliwość na Finasteryd

PANELE BADAŃ

- 914 Rak piersi i jajnika - 15 mutacji w 7 genach:
BRCA1, BRCA2, NBS1, NOD2, CHEK2, PCDDN2A, 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

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 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.

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 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. 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

Adres

.....
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