

Numer Próbki ¹

.....
dane jednostki zlecającej badanie

.....
*miejsce przesłania wyniku/sprawozdania
z badania lub dane osoby upoważnionej
do odbioru wyniku/sprawozdania*

ZLECENIE BADANIA LABORATORYJNEGO

DANE PACJENTA

Nazwisko: **Imiona:**

Data urodzenia: r.
DD - MM - RRRR **Płeć:** K M

Adres zamieszkania / oddział szpitalny:
(adres to: miejscowość, kod pocztowy, ulica, numer domu i mieszkania)

PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nr historii choroby:

Nazwa i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość:
wypełnić w przypadku osoby nieposiadającej numeru PESEL

Kontakt z Pacjentem:
np. numer telefonu, numer faksu, adres e-mail

Kontakt z lekarzem zlecającym:
np. numer telefonu, numer faksu, adres e-mail

Stopień pokrewieństwa *proband* *matka probanda* *ojciec probanda*
 siostra probanda *brat probanda* *inny*

.....
nazwisko, imię i PESEL probanda (w przypadku krewnego)

ZLECONE BADANIE LUB PROCEDURA

.....
nazwa badania lub procedury i kierunek diagnostyki

Cel badania:	Diagnostyka postnatalna	
	- w celu weryfikacji rozpoznania klinicznego	
	- w celu określenia statusu nosicielstwa	
	- w celu określenia predyspozycji do zachorowania na chorobę genetyczną	
	Diagnostyka prenatalna	
	Diagnostyka post-mortem	
	Zabezpieczenie materiału genetycznego	

ISTOTNE DANE KLINICZNE PACJENTA

Rozpoznanie:

Wywiad rodzinny, w tym
informacje o chorobach
genetycznych w rodzinie
ze wskazaniem stopnia
pokrewieństwa:

Objawy kliniczne:

Informacje o stosowanym
leczeniu:

Wyniki wcześniejszych
badań, w tym wskazanie
laboratorium wykonujące
badania genetyczne:

Informacje o
zaawansowaniu ciąży i
wynikach badań
przesiewowych oraz
wynikach innych badań
płodu – jeżeli dotyczy:

Informacje o transfuzjach,
przeszczepie szpiku:

*UWAGA: Badanie genetyczne można wykonać po okresie 2 miesięcy od daty transfuzji,
w przeciwnym razie istnieje ryzyko otrzymania błędnego wyniku diagnostycznego.
Przeszczep szpiku stanowi przeciwwskazanie do wykonania badania genetycznego z krwi.*

.....
data zlecenia

.....
pieczęć i podpis lekarza zlecającego

RODZAJ MATERIAŁU I INFORMACJE O POBRANIU

Rodzaj materiału:

.....
krew obwodowa (EDTA) –
2 probówki po minimum 1,6 ml

Inny²:

.....
wskazać jaki

Informacje o pobraniu:

.....
czytelny podpis osoby pobierającej

.....
data i godzina pobrania

Informacje o przyjęciu
materiału¹:

.....
czytelny podpis osoby przyjmującej

.....
data i godzina przyjęcia

¹ – wypełnia laboratorium, ² – wymaga uzgodnienia z laboratorium

Uwaga! Do zlecenia konieczne jest dołączenie deklaracji świadomej zgody na wykonanie badania genetycznego albo zezwolenie sądu opiekuńczego na przeprowadzenie badania genetycznego.

Dział Genetyki, Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej i Immunologii Klinicznej Wieku Rozwojowego
DZIECIĘCY SZPITAL KLINICZNY IM. JÓZEFA POLIKARPA BRUDZIŃSKIEGO W WARSZAWIE
UNIwersYTECKIE CENTRUM KLINICZNE WARSZAWSKIEGO UNIwersYTETU MEDYCZNEGO
 tel. 22 317 94 78, genetyka@spdsk.edu.pl

DEKLARACJA ŚWIADOMEJ ZGODY NA WYKONANIE BADAŃ GENETYCZNYCH

DANE PACJENTA

Nazwisko: Imiona:

Data urodzenia:
 DD – MM - RRRR

PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nazwa i numer dokumentu
 potwierdzającego tożsamość:
 wypełnić w przypadku osoby nieposiadającej numeru PESEL

DANE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO¹

Nazwisko: Imiona:

Adres zamieszkania:
 miejscowość, kod pocztowy, ulica, numer domu i mieszkania

ZLECONE BADANIE LUB PROCEDURA

.....
 nazwa badania lub procedury i kierunek diagnostyki

Cel badania:	Diagnostyka postnatalna	
	- w celu weryfikacji rozpoznania klinicznego	
	- w celu określenia statusu nosicielstwa	
	- w celu określenia predyspozycji do zachorowania na chorobę genetyczną	
	Diagnostyka prenatalna	
	Diagnostyka post-mortem	
	Zabezpieczenie materiału genetycznego	

RODZAJ MATERIAŁU

Rodzaj materiału: krew obwodowa inny:

Oświadczenie lekarza
 zlecającego: Oświadczam, że poinformowałem pacjenta o szczegółach dotyczących rodzaju badania i możliwych wynikach badań genetycznych oraz o istocie podejrzewanej choroby i znaczeniu diagnostycznym planowanego badania genetycznego

.....
 data

.....
 pieczęć i podpis lekarza zlecającego

DEKLARACJA ŚWIADOMEJ ZGODY NA WYKONANIE BADAŃ GENETYCZNYCH

OŚWIADCZENIE PACJENTA I/LUB PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO

Ja niżej podpisany, oświadczam że:

1. zapoznałem/am się z treścią deklaracji, w tym z informacjami o zleconym badaniu;
2. zostałem/am poinformowany/a o istocie choroby, celu i znaczeniu planowanych badań oraz o możliwych wynikach tych badań. Rozumiem, że mam możliwość zrezygnowania z prowadzonych badań oraz wyrażonych zgód w dowolnym momencie bez jakichkolwiek konsekwencji;
3. zostałem/am poinformowany/a, że materiał dostarczony do badań nie podlega zwrotowi i standardowo w związku ze zleceniem badania, przechowywany jest w UCK WUM około 12 miesięcy, chyba że wyrażę zgodę na dalsze jego długoterminowe przechowywanie;
4. zostałem/am poinformowany/a, że może zaistnieć potrzeba ponownego pobrania próbki w przypadku, gdy jej ilość będzie niewystarczająca lub kwasy nukleinowe uległyby degradacji;
5. zostałem/am poinformowany/a, że zastosowany algorytm diagnostyczny może nie przynieść wyników informacyjnych;
6. zostałem/am poinformowany/a, że w sytuacji, gdy pokrewieństwo między członkami badanej rodziny jest inne niż deklarowane, otrzymane wyniki badań mogą być niewłaściwie zinterpretowane;
7. zostałem/am poinformowany/a, że jeśli do dnia uzyskania wyniku Pacjent ukończy 16 rok życia, przed wydaniem wyniku konieczne będzie uzyskanie od niego dodatkowej pisemnej świadomej zgody na wykonanie badań genetycznych.

Niniejszym wyrażam zgodę na pobranie od w/w Pacjenta materiału w celu izolacji kwasów nukleinowych i przeprowadzenia przez UCK WUM genetycznych badań diagnostycznych zgodnie z zakresem zlecenia oraz wyrażam zgodę na przetwarzanie przez UCK WUM danych osobowych Pacjenta w tym celu.

DODATKOWE ZGODY, które mogą być cofnięte w każdym czasie:

Wyrażam zgodę / Nie wyrażam zgody² na dalsze długoterminowe przechowywanie przez UCK WUM pobranego od Pacjenta materiału i wyizolowanych kwasów nukleinowych po zakończeniu realizacji zlecenia, tj. do czasu kiedy materiał będzie niezdatny do użycia. Rozumiem, że w przypadku braku zgody materiał zostanie zutyliczowany i wykonanie ewentualnych dalszych badań w tym materiale nie będzie już możliwe.

Wyrażam zgodę / Nie wyrażam zgody² na przetwarzanie danych osobowych Pacjenta i wykorzystywanie przez UCK WUM przechowywanego materiału w celach dydaktycznych związanych z kształceniem przez UCK WUM w zawodach medycznych oraz w celach naukowych związanych z prowadzeniem przez UCK WUM lub we współpracy z UCK WUM krajowych lub międzynarodowych badań naukowych, mających na celu rozszerzenie wiedzy medycznej na temat podłoża chorób genetycznych i poprawy diagnostyki i leczenia tych chorób, z zastrzeżeniem że wykorzystanie pobranego materiału oraz danych do w/w celów może nastąpić jedynie, jeżeli dane Pacjenta będą traktowane jako informacje poufne i będą zanonimizowane tak, aby nie można było odkryć tożsamości Pacjenta, a klucz do odszyfrowania danych może posiadać jedynie ograniczony krąg personelu Działu Genetyki UCK WUM lub ograniczony krąg personelu UCK WUM biorącego udział w konkretnych działaniach dydaktycznych lub naukowych w imieniu UCK WUM. Rozumiem, że wykorzystanie materiału w w/w celach może wiązać się z przekazaniem przez UCK WUM zanonimizowanych danych badania Pacjenta i materiału Pacjenta do innych podmiotów lub innych grup badawczych, biorących udział w badaniu naukowym lub działalności dydaktycznej, jeżeli zachodzi konieczność udostępnienia klucza.

Wyrażam zgodę / Nie wyrażam zgody² na poinformowanie Pacjenta, jeżeli prowadzona w przyszłości działalność naukowa UCK WUM lub innych podmiotów, niezależnie czy z wykorzystaniem materiału Pacjenta czy też nie, pozwoli na rozpoznanie u Pacjenta innej choroby genetycznej lub zwiększonego ryzyka jej wystąpienia lub umożliwi poszerzenie dotychczasowej diagnostyki Pacjenta prowadzonej na podstawie zlecenia.

.....
data

.....
czytelny podpis pełnoletniego pacjenta

.....
data³

.....
czytelny podpis pacjenta po ukończeniu 16 roku życia ³

.....
data¹

.....
czytelny podpis przedstawiciela ustawowego¹

¹ – wypełnić, gdy pacjentem jest osoba małoletnia do 18 roku życia albo całkowicie ubezwłasnowolniona

² – niepotrzebne skreślić

³ – wypełnić, jeśli pacjent ukończył 16 rok życia