



--

JEDNOSTKA ZLECAJĄCA / ODBIORCA WYNIKU

DATA POBRANIA :

GODZINA POBRANIA:

PODPIS OSOBY POBIERAJĄCEJ:

Skierowanie na badanie genetyczne

Szpital Uniwersytecki w Krakowie Zakład Diagnostyki Hematologicznej i Genetyki,

Pracownia Diagnostyki Molekularnej,

ul. Jakubowskiego 2, 30- 688 Kraków; tel. 12 400 36 69 /fax: 12 400 36 85, e-mail: diagmol@su.krakow.pl

Imię i nazwisko pacjenta: Płeć: K / M

Miejsce zamieszkania:

PESEL: Data urodzenia: Pochodzenie:

Rozpoznanie (kod ICD10)

Nr ośrodka kosztów:

Materiał: Krew 5 ml (JAŁOWO POBRANE) + EDTA (9:1);

Transport materiału w temp. pokojowej; Przyjęcie materiału: pon. - czw. 7.30 - 15.05, pt. do godz. 13.30

BADANY GEN (MUTACJA)	
----------------------	--

INFORMACJE O PRZETOCZENIU KRWI LUB PRZESZCZEPIENIU SZPIKU KOSTNEGO	
<input type="checkbox"/> TAK, data przetoczenia/przeszczepienia	
<input type="checkbox"/> NIE	
DIAGNOSTYKA POSTNATALNA	
<input type="checkbox"/> weryfikacja rozpoznania klinicznego	
<input type="checkbox"/> określenie stanu bezobjawowego nosicielstwa	
<input type="checkbox"/> diagnostyka przedobjawowa	
<input type="checkbox"/> określenie ryzyka zachorowania (w chorobach wieloczynnikowych)	
DANE KLINICZNE	
WYWIAD CHOROBY/OBJAWY KLINICZNE	
WYWIAD RODZINNY	

SCHEMAT RODOWODU								
	<table border="1"> <tr> <th>LEGENDA</th> </tr> <tr> <td>○ - kobieta</td> </tr> <tr> <td>□ - mężczyzna</td> </tr> <tr> <td>⊗/⊗ - osoba nieżyjąca</td> </tr> </table> <table border="1"> <tr> <th>PRZYKŁADY</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	LEGENDA	○ - kobieta	□ - mężczyzna	⊗/⊗ - osoba nieżyjąca	PRZYKŁADY		
LEGENDA								
○ - kobieta								
□ - mężczyzna								
⊗/⊗ - osoba nieżyjąca								
PRZYKŁADY								

Data przyjęcia materiału:

Godzina przyjęcia materiału:

--

Pieczęć i podpis lekarza

Szpital Uniwersytecki w Krakowie Zakład Diagnostyki Hematologicznej i Genetyki	30-688 Kraków, ul. M. Jakubowskiego 2 tel. 12 400 36 69, 12 400 36 77
---	--

DEKLARACJA ŚWIADOMEJ ZGODY NA WYKONANIE BADAŃ GENETYCZNYCH

Dane osoby badanej:

IMIĘ		NAZWISKO	
PESEL		TELEFON KONTAKTOWY	
ADRES			

INFORMACJA DLA PACJENTA

U podstaw chorób genetycznych i większości chorób nowotworowych leżą zmiany materiału genetycznego, które mogą być wyznacznikiem diagnozy i/lub rokowania, a co za tym idzie wdrożenia zgodnego z aktualnym stanem wiedzy i gdy jest to możliwe, bardziej skutecznego leczenia. Prowadzone badania mają na celu korelacje zmian genetycznych z przebiegiem klinicznym choroby.

Materiał do badania pobierany będzie jedynie podczas rutynowych badań diagnostycznych. Częstotliwość badań w przebiegu choroby będzie dyktowana częstotliwością pobrań diagnostycznych do oceny przebiegu choroby na zlecenie lekarza prowadzącego. Wyniki badań będą przekazane lekarzowi zlecającemu badanie.

Wyrażam zgodę na pobranie

ode mnie od mojego dziecka od mojego podopiecznego
 materiału biologicznego w postaci
 krwi obwodowej szpiku kostnego innego materiału
w celu izolacji DNA/RNA oraz wykonania molekularnych/ cytogenetycznych badań diagnostycznych, mających na celu identyfikację zmian w materiale genetycznym w związku z podejrzeniem/ rozpoznaniem klinicznym choroby

.....
 (Nazwa diagnozowanej jednostki chorobowej lub zakres badań stosownie do sytuacji klinicznej)

w ramach następującego rodzaju diagnostyki genetycznej

diagnostyka postnatalna diagnostyka prenatalna
 weryfikacja rozpoznania klinicznego analiza materiału po poronieniu
 określenie stanu bezobjawowego nosicielstwa diagnostyka *post mortem*
 diagnostyka przedobjawowa bankowanie DNA/RNA
 określenie ryzyka zachorowania (w chorobach wieloczynnikowych) diagnostyka hematologiczna

TAK NIE

Oświadczam, że:

zostałem/-am poinformowany/-a o istocie podejrzewanej choroby i znaczeniu wykonywanych badań molekularnych/ cytogenetycznych dla ustalenia rozpoznania/ oceny przebiegu choroby,

TAK NIE

otrzymałem/-am wyczerpujące informacje na temat ograniczeń badania oraz znaczenia i konsekwencji uzyskania wyniku dodatniego, ujemnego lub nieinformacyjnego dla osoby badanej i członków rodziny osoby badanej

TAK NIE

Zgadzam się na przechowywanie (bankowanie) próbki DNA/RNA osoby badanej po zakończeniu diagnostyki z zachowaniem tajemnicy danych

TAK NIE

Zgadzam się na wykorzystanie uzyskanych wyników testów diagnostycznych w opracowaniach naukowych z zachowaniem warunków anonimowości

TAK NIE

Zgadzam się na wykorzystanie próbki DNA/RNA oraz danych klinicznych osoby badanej w przyszłych badaniach naukowych mających na celu poszerzenie wiedzy na temat molekularnego podłoża chorób genetycznych i nowotworowych z zachowaniem warunków anonimowości

TAK NIE

Zgadzam się na informowanie mnie o wynikach przyszłych badań naukowych uzyskanych w trakcie analizy próbki DNA/RNA osoby badanej, jeżeli będą przydatne klinicznie dla osoby badanej lub członków rodziny osoby badanej

TAK NIE

Wyrażam zgodę na udzielenie mi informacji o ryzyku ujawnienia się w przyszłości patologii związanej ze stwierdzeniem tzw. zmian nieoczekiwanych

TAK NIE

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w skierowaniu, zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (RODO) (Dz.U. 2018 poz. 1000). Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Uniwersytecki w Krakowie adres: ul. Mikołaja Kopernika 36, 31-501 Kraków, telefon 12 424 70 00, e-mail: info@su.krakow.pl.

TAK NIE

Ponadto zostałem/-am poinformowany/-a, że:

- uzyskany wynik badania może wskazywać na konieczność pobrania materiału biologicznego od członków rodziny/ krewnych
- w niektórych przypadkach (degradacja DNA, wynik nieinformacyjny, badanie nieudane z przyczyn technicznych) konieczne będzie powtórne pobranie materiału
- wynik badania może pomóc w ustaleniu nosicielstwa defektu genetycznego oraz może stać się podstawą do określenia ryzyka genetycznego dotyczącego określonej jednostki chorobowej w mojej rodzinie oraz wśród moich krewnych
- wynik badania może wykazać obecność zmian nie związanych ze wskazaniem do badania a posiadających wartość diagnostyczną (tzw. zmiany nieoczekiwane)

PODPIS OSOBY BADANEJ	PODPIS PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO
OŚWIADCZENIE LEKARZA	PIECZĘĆ I PODPIS LEKARZA
Oświadczam, że udzieliłem pacjentowi dokładnych informacji na temat celów i ograniczeń badania oraz znaczenia i konsekwencji uzyskania wyniku dodatniego, ujemnego lub nie informacyjnego dla osoby badanej i członków rodziny.	