



JEDNOSTKA ZLECAJĄCA / ODBIORCA WYNIKU

DATA POBRANIA:

GODZINA POBRANIA:

PODPIS OSOBY POBIERAJĄCEJ:

Skierowanie na badanie cytogenetyczneZakład Diagnostyki Hematologicznej i GenetykiPracownia Cytogenetycznaul. Jakubowskiego 2, 30-688 Kraków; tel.: 12 400 36 77; fax: 12 400 37 87; e-mail: cytogen@su.krakow.plImię i nazwisko pacjenta: PŁEĆ: K M

Data urodzenia:

PESEL:																			
--------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Miejsce zamieszkania:

Sposób kontaktu z pacjentem: tel.:, fax: e-mail:

ZGODA NA BADANIE GENETYCZNE (w załączeniu):UZYSKANO NIE UZYSKANO RODZAJ BADANIA:KARIOTYP FISH MATERIAŁ:SZPIK KOSTNY , KREW OBWODOWA , PCI WĘZŁA , INNY BADANIE:PIERWSZE KOLEJNE

Rozpoznanie / data rozpoznania:

Potwierdzenie histopatologiczne: tak nieDotychczasowe leczenie: tak nie

Jakie? :

Data rozpoczęcia leczenia: Data ostatniej dawki:

CEL ZLECANEGO BADANIA:

WYPEŁNIA LABORATORIUM:

Data przyjęcia materiału:

Godzina przyjęcia materiału:

Pieczęć i podpis lekarza kierującego

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 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 12 400 10 00, e-mail: info@su.krakow.pl TAK NIE

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

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)

OŚWIADCZENIE OSOBY BADANEJ / PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO	PODPIS OSOBY BADANEJ / PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO
Oświadczam, że uzyskałem/-am niezbędne informacje i wyrażam świadomą zgodę na wykonanie badań genetycznych.	
OŚWIADCZENIE LEKARZA	PIECZĘĆ I PODPIS LEKARZA
Oświadczam, że udzieliłem/-am 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.	