



| |
|--|
| |
|--|

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 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

| | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> diagnostyka postnatalna | <input type="checkbox"/> diagnostyka prenatalna |
| <input type="checkbox"/> weryfikacja rozpoznania klinicznego | <input type="checkbox"/> analiza materiału po poronieniu |
| <input type="checkbox"/> określenie stanu bezobjawowego nosicielstwa | <input type="checkbox"/> diagnostyka <i>post mortem</i> |
| <input type="checkbox"/> diagnostyka przedobjawowa | <input type="checkbox"/> bankowanie DNA/RNA |
| <input type="checkbox"/> określenie ryzyka zachorowania (w chorobach wieloczynnikowych) | <input type="checkbox"/> diagnostyka hematologiczna |

TAK NIE

Oświadczam, że:

zostałem/-am poinformowany/-a o istocie podejrzonej 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. | |