

KARTA SKIEROWANIA NA BADANIE MOLEKULARNE

INFORMACJE O PACJENCIE:

Imię i nazwisko (*drukowanymi literami*):

.....
.....
.....

Data urodzenia (dz/m/r):/...../.....

PESEL:

Płeć: żeńska męska nieznana

Pochodzenie etniczne: polskie inne

.....

Adres zamieszkania:

.....
.....

Adres e-mail:

.....

Telefon kontaktowy:

.....

Nr karty/rodowodu pacjenta w jednostce kierującej:

.....

INFORMACJE O JEDNOSTCE KIERUJĄCEJ:

Nazwa jednostki:

.....
.....
.....

Adres:

.....
.....
.....
.....

Telefon:

Fax:

Imię i nazwisko lekarza kierującego:

.....

Dane kontaktowe (tel./e-mail):

.....
.....
.....

INFORMACJE O MATERIALE BIOLOGICZNYM:

Rodzaj materiału:

- krew obwodowa plama krwi
 hodowla amniocytów płyn owodniowy
 trofoblast szpik kostny
 wyizolowany DNA
 inne.....

Data pobrania próbki od pacjenta (dz/m/r):/...../.....

INFORMACJE DO FAKTURY:

NIP:

Nazwisko i imię / nazwa jednostki kierującej / firmy:

.....
.....
.....

Adres:

.....
.....
.....

Podpis i pieczętka osoby wyrażającej zgodę na
pokrycie kosztów badania (Dyrektor, Główny Księgowy)

INFORMACJE O WYNIKU ANALIZY DNA:

Wynik zwyczajowo wysyłany jest do jednostki kierującej. W innym przypadku proszę o podanie właściwych danych adresowych:

.....
.....
.....
.....

INFORMACJE O BADANIU (wypełnić wg oferty badań diagnostycznych ZGM):

Aktualny cennik i lista procedur na stronie www.imid.med.pl: Działalność kliniczna/Zakłady/Zakład Genetyki Medycznej: zakładka "Oferta badań diagnostycznych" oraz "Do pobrania".

Nazwa choroby:Kod procedury:

Informacje objęte tajemnicą zawodową (lekarza i diagnosty laboratoryjnego):

Cel badania:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Diagnostyka postnatalna | <input type="checkbox"/> Diagnostyka prenatalna |
| <input type="checkbox"/> weryfikacja rozpoznania klinicznego | |
| <input type="checkbox"/> określenie statusu nosicielstwa | <input type="checkbox"/> Diagnostyka post-mortem |
| <input type="checkbox"/> określenie predyspozycji do zachorowania na w/w chorobę genetyczną | <input type="checkbox"/> Zabezpieczenie materiału genetycznego |
| <input type="checkbox"/> diagnostyka przedobjawowa | |

Wskazania do przeprowadzenia badania:

- Pozytywny wywiad rodzinny (proszę podać stopień pokrewieństwa z osobą chorą na daną chorobę)

.....
.....

- Kliniczne objawy choroby takie jak:

.....
.....
.....
.....

Inne:

.....
.....

Czy badanie molekularne prowadzone jest po raz pierwszy? TAK NIE

Jeśli NIE, to w jakim ośrodku były wykonane i w kierunku jakiej choroby:

.....
.....

Czy w rodzinie występowały choroby genetycznie uwarunkowane? TAK NIE

Jeśli TAK, proszę wymienić jednostki chorobowe oraz stopień pokrewieństwa w stosunku do probanta oraz imię i nazwisko probanta:

.....
.....

<p>INFORMACJE O TRANSFUZJI Była wykonana u pacjenta w ciągu ostatnich 3 miesięcy:</p> <p><input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p> <p><small>* badanie genetyczne można wykonać po okresie 3 miesięcy od daty transfuzji, w przeciwnym razie istnieje ryzyko otrzymania błędnego wyniku diagnostycznego.</small></p>
--

<p>INFORMACJE O PRZESZCZEPIE SZPIKU Czy u pacjenta wykonano kiedykolwiek przeszczep szpiku:</p> <p><input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p> <p><small>* w przypadku przeszczepu szpiku należy do badania genetycznego pobrać inną tkankę niż krew (np. fibroblasty, komórki śluzówki jamy ustnej)</small></p>
--

Oświadczam, iż poinformowałem pacjenta o szczegółach dotyczących rodzaju badania i możliwych wynikach molekularnych badań genetycznych.

<p>PODPIS I PIECZĄTKA LEKARZA KIERUJĄCEGO NA BADANIE:</p>
--

DEKLARACJA ŚWIADOMEJ ZGODY NA WYKONANIE MOLEKULARNYCH BADAŃ GENETYCZNYCH

(wymagane do wykonania badań genetycznych zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 21.01.2009 (Dz.U.09.22.128 z dnia 11 lutego 2009 r.)

W KIERUNKU:
nazwa choroby lub genu

Probant – osoba badana	Rodzic / Opiekun prawny *
..... imię i nazwisko imię i nazwisko
..... / PESEL
..... adres telefon kontaktowy (jeśli inny niż probanta)
..... telefon kontaktowy	* wypełnić w przypadku gdy osoba badana jest niepełnoletnia

niniejszym wyrażam zgodę na pobranie: ode mnie od mojego dziecka (podopiecznego) krwi wycinka skóry płynu owodniowego trofoblastu inna tkanka

w celu izolacji DNA i wykonania molekularnych badań diagnostycznych.

Cel badania:

<input type="checkbox"/> Diagnostyka postnatalna: <input type="checkbox"/> weryfikacja rozpoznania klinicznego <input type="checkbox"/> określenie statusu nosicielstwa	<input type="checkbox"/> określenie predyspozycji do zachorowania na w/w chorobę genetyczną <input type="checkbox"/> diagnostyka przedobjawowa	<input type="checkbox"/> Diagnostyka prenatalna <input type="checkbox"/> Diagnostyka post-mortem <input type="checkbox"/> Przechowywanie materiału genetycznego
---	---	---

Zostałem poinformowany/a o istocie choroby, o celu i znaczeniu wykonywanych badań molekularnych oraz możliwości zrezygnowania z prowadzonych badań w dowolnym momencie bez jakichkolwiek konsekwencji. Wynik badania genetycznego wraz z poradą genetyczną jest własnością pacjenta.

1. Materiał dostarczony do badań nie podlega zwrotowi. **Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody** * na przechowywanie wyizolowanego preparatu DNA po zakończeniu diagnostyki.
2. **Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody** * na wykorzystywanie mojego DNA do badań naukowych mających na celu rozszerzenie wiedzy na temat podłoża molekularnego chorób genetycznych, **z zachowaniem warunków anonimowości**.
3. **Zgadzam się / nie zgadzam się** * na informowanie mnie w przyszłości o wynikach badań diagnostycznych i/lub naukowych wtedy, gdy mogłyby one stanowić podstawę do rozpoznania choroby genetycznej, zwiększonego ryzyka jej rozwoju lub udzielenia porady genetycznej.

* **niepotrzebne skreślić** ([brak odpowiedzi w punktach 1-3 jest równoznaczne z wyrażeniem zgody](#))**Informacje dodatkowe dla Pacjenta:**

- Ponowne pobranie materiału może mieć miejsce w przypadku gdy preparat DNA uległ degradacji lub jego ilość jest niewystarczająca do wykonania analizy.
- Udzielenie prawidłowej porady genetycznej może wiązać się z koniecznością wykonania badań genetycznych u innych członków rodziny. W przypadku gdy pokrewieństwo między członkami badanej rodziny jest inne niż deklarowane, otrzymany wynik i jego interpretacja mogą być nieprawidłowe.
- W przypadku diagnostyki prenatalnej analiza DNA zostanie wykonana u rodziców płodu i/lub ewentualnie innych członków rodziny.
- Zastosowany algorytm diagnostyczny może nie przynieść wyników informacyjnych. Po wdrożeniu nowych metod analizy DNA diagnostyka pod kątem określonego wskazania klinicznego zostanie wznowiona na zlecenie lekarza kierującego.
- W przypadku wielopunktowej analizy genomu (lub jego części) informacje zawarte w „Sprawozdaniu z analizy DNA” odnoszą się wyłącznie do wskazań medycznych danego badania. Postawienie nowego wskazania klinicznego względnie rozszerzenie analizy na tzw. minimalny panel genów podstawowych (www.acmg.net/docs/ACMG) jest równoznaczne z przeprowadzeniem niezależnego algorytmu diagnostycznego.
- Laboratoryjne wyniki analizy DNA i analizy bioinformatycznej nie stanowią załącznika do „Sprawozdania z analizy DNA”.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Instytut Matki i Dziecka, do celów związanych z wykonaniem diagnostyki genetycznej zgodnie z przepisami ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 z późniejszymi zmianami).

.....
data.....
podpis pacjenta lub opiekuna prawnego

Oświadczam, iż poinformowałem pacjenta o szczegółach dotyczących rodzaju badania i możliwych wynikach molekularnych badań genetycznych.

.....
podpis i pieczęć lekarza kierującego