



SKIEROWANIE NA BADANIE MOLEKULARNE

RODZAJ ZLECANEGO BADANIA (zaznaczyć właściwe)

- Celiakia** - HLA-DQ2/DQ8
- Nietolerancja laktozy** - Polimorfizm w genie laktazy (LCT):
-13910 oraz -22018
- PAKIET: nietolerancja mleka (laktozy) i fruktozy** -
analiza polimorfizmu -13910 w genie LCT oraz analiza kodonów 149,
174 i 334 w genie ALDOB
- Spondyloartropatie seronegatywne** - HLA-B27
- Łuszczyca** - HLA-Cw6
- Hemochromatoza** - 4 SNP (H63D/C282Y/S65C/E168X)
- Hemochromatoza** - 2 SNP (H63D/C282Y)
- Zespół Gilberta** - Analiza liczby powtórzeń (TA)n w promotorze
genu UGT1A1
- Zakrzepica** - Mutacja Leiden w genie czynnika V
- Zakrzepica** - Mutacja 20210 G>A w genie czynnika II
- Zakrzepica - Mutacja Leiden w genie czynnika V oraz mutacja
w genie czynnika II
- Metabolizm kwasu foliowego** - Polimorfizm genu MTHFR:
C677T oraz A1289C
- PAKIET:** mutacja Leiden w genie czynnika V, mutacja w genie
czynnika II, analiza polimorfizmów genu MTHFR (C677T oraz A1298C)
- Badanie przyczyny poronień** - Analiza procesu rozdziału
chromosomów 13, 15, 16, 21, 22, X, Y podczas podziału komórki
- Przedwczesne wygasanie czynności jajników** -
Wykrycie ekspansji powtórzeń (CGG)n oraz analiza mutacji
i permutacji w genie FMR1
- Azoospermia** - badanie delecji w regionie AZF
- Niepłodność męska** - badanie wybranych mutacji genu CFTR,
delecji regionu AZF oraz kariotypu
- Choroba Alzheimera i miażdżycy** - badanie genu ApoE
(ε2, ε3 i ε4)

INFORMACJE O PACJENCIE

Imię i nazwisko (drukowanymi literami):

.....

PESEL:.....

Adres korespondencyjny (miejsce przesłania wyniku):

.....

Telefon kontaktowy:.....

INFORMACJE O MATERIALE BIOLOGICZNYM

Rodzaj materiału:

- krew pełna żylna wymaz z policzka
- materiał z poronienia

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

.....

INFORMACJE O TRANSFUZJI/PRZESZCZEPIE **

Zaznacz, jeśli u pacjenta wykonano:

- transfuzję przeszczep

Data transfuzji/przeszczepu (dz/m/r):

.....

**Badanie genetyczne można wykonać po 3 miesiącach od daty transfuzji, ponieważ istnieje ryzyko otrzymania błędnego wyniku badania diagnostycznego.

PIECZĘĆ JEDNOSTKI KIERUJĄCEJ

PIECZĘĆ LEKARZA KIERUJĄCEGO

DANE DO FAKTURY

Wyrażam zgodę na wystawienie faktury bez podpisu
Zleceniodawcy.

Data, podpis.....

Wypełnić jeśli są inne niż Jednostki Kierującej na badanie.

NIP - - -

Nazwisko i imię/Nazwa Jednostki Kierującej

.....

Adres:

.....

.....

.....

Podpis pacjenta

.....

Data i podpis osoby przyjmującej zlecenie
do EUROIMMUN DNA

DEKLARACJA ŚWIADOMEJ ZGODY NA WYKONANIE BADANIA MOLEKULARNEGO

WYPEŁNIA PACJENT PEŁNOLETNI LUB RODZIC/OPIEKUN PRAWNY PACJENTA

Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL pacjenta:

Telefon kontaktowy:

Adres e-mail:

Adres zamieszkania:

Pobrany ode mnie/dziecka materiał biologiczny zostanie wykorzystany do diagnostyki molekularnej w kierunku (nazwa badania/badań)

..... opartej na analizie DNA.

ZOSTAŁEM/AM POINFORMOWANY/A, ŻE:

1. Pobrany materiał biologiczny zostanie użyty w celu izolacji DNA oraz wykonania diagnostyki (proszę zaznaczyć właściwą pozycję):
 - weryfikacja rozpoznania klinicznego,
 - określenie predyspozycji do zachorowania na ww. chorobę genetyczną,
 - przeprowadzenie diagnostyki przedobjawowej.
2. Laboratorium zastrzega sobie możliwość ponownego pobrania materiału biologicznego w sytuacjach, gdy nie jest możliwe wydanie informatywnego wyniku z przyczyn niezależnych od laboratorium.
3. Jeśli w okresie między pobraniem materiału do diagnostyki molekularnej a datą wydania wyniku pacjent niepełnoletni ukończy 18. rok życia, przed wydaniem wyniku konieczne będzie podpisanie przez niego formularza „Deklaracja Świadomej Zgody na Wykonanie Badania Molekularnego”.
4. Wynik badania zostanie wysłany na wskazany w zamówieniu adres listem poleconym priorytetowym za potwierdzeniem odbioru.
5. Laboratorium Euroimmun DNA deklaruje, że przekazany materiał biologiczny nie będzie przechowywany dłużej niż przez okres 1 miesiąca liczony od dnia otrzymania materiału.
6. Uzyskałem/am od lekarza zlecającego badanie informację, o której mowa w art. 9 ust. 2 ustawy z dnia 23 marca 2017 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2017 r. poz. 836, z późn. zm.), w szczególności o istocie podejrzewanej choroby i znaczeniu diagnostycznym planowanego badania genetycznego.

WYRAŻENIE ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Wyrażam zgodę na anonimowe wykorzystanie materiału biologicznego do celu związanego z udziałem laboratorium Euroimmun DNA w zewnątrzlaboratoryjnym programie kontroli jakości.

TAK

NIE

Wyrażam zgodę na przetwarzanie powyższych danych osobowych (tj. imię i nazwisko, numer telefonu oraz adres poczty elektronicznej) przez EUROIMMUN Polska Sp. z o.o., ul. Widna 2a, 50-543 Wrocław, w celu przesyłania informacji handlowych/marketingowych drogą elektroniczną.

TAK

NIE

Oświadczam, że podane wyżej dane są prawdziwe.

.....
Miejscowość, data

.....
Czytelny podpis pacjenta/rodzica/opiekuna prawnego
wyrażającego zgodę na badanie genetyczne

Zgodnie z art. 13 RODO (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE. L Nr 119, str. 1) informuję, że:

1. Zostałem/łam poinformowany/a o konieczności przetwarzania moich danych osobowych w związku z wykonaniem diagnostyki genetycznej. Dobrowolnie i świadomie wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych do ww. celów przez laboratorium, zgodnie z przepisami ustawy o ochronie danych osobowych oraz Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE.
2. Zostałem/łam poinformowany/a, że administratorem danych osobowych (w szczególności imię, nazwisko, PESEL, adres, adres poczty elektronicznej, numer telefonu) podanych w skierowaniu na badanie jest spółka EUROIMMUN POLSKA Sp. z o. o. z siedzibą we Wrocławiu (50-543), przy ul. Widnej 2a, e-mail: iod@euroimmun.pl.
3. Dobrowolnie i świadomie zgadzam się na przetwarzanie moich danych osobowych przez Spółkę w związku z wykonaniem diagnostyki genetycznej oraz udostępnieniem wyników badań. Podanie danych jest dobrowolne, lecz konieczne w celu wykonania ww. badań. Dane osobowe będą przetwarzane przez okres wprost określony w art. 29 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.
4. Mam prawo żądania od administratora dostępu do moich danych osobowych, ich sprostowania, a także prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego.

W przypadku pytań dotyczących przetwarzania danych osobowych prosimy o kontakt z Inspektorem Ochrony Danych pod adresem iod@euroimmun.pl.

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis pacjenta/rodzica/opiekuna prawnego