

FORMULARZ ZLECENIA BADAŃ - DIAGNOSTYKA CHORÓB I PREDYSPOZYCJI GENETYCZNYCH

Załącznik nr 6 do P.1
wersja 6

PROSZĘ WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI

DANE PACJENTA:		ZLECENIODAWCA (nie dotyczy badań prywatnych):	
Imię:		Numer kontrahenta:	
Nazwisko:		Imię i nazwisko lekarza kierującego:	
Adres zamieszkania:		Pieczęć jednostki zlecającej:	
Ulica:.....nr.....			
Miejscowość:.....kod:.....			
PESEL:			
Data urodzenia: D D M M R R		kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna <input type="checkbox"/>	
tel. kontaktowy:		data	
e-mail:		tel. kontaktowy:	
		podpis osoby upoważnionej	

Wypełnienie powyższych pól jest warunkiem koniecznym do przyjęcia zlecenia, zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 23. 03. 2006 r. w sprawie standardów jakości dla medycznych laboratoriów diagnostycznych i mikrobiologicznych (Dz. U. 2006 r. Nr 61, poz. 435 ze zm.) oraz wymaganiami normy ISO 9001:2008

MATERIAŁ DO BADAŃ:		
Rodzaj materiału:	Data i godzina pobrania:	Imię i nazwisko pobierającego:

Kolorem czerwonym oznaczono dane niezbędne do przyjęcia zlecenia!

PROSZĘ ZAZNACZYĆ ZLECANE BADANIA

ZLECANE BADANIA PODSTAWOWE:		
POJEDYNCZE BADANIA:		
901 <input type="checkbox"/> Mukowiscydoza - analiza 8 mutacji genu CFTR	912 <input type="checkbox"/> Analiza polimorfizmu genu MTHFR (C677T oraz A1289C) związana z metabolizmem kwasu foliowego u kobiet ciężarnych	
902 <input type="checkbox"/> Rak piersi i jajnika - analiza 5 mutacji genu BRCA1	913 <input type="checkbox"/> Diagnostyka genetycznie uwarunkowanej policitemii, trombocytemii i mielofibrozy - analiza mutacji genu JAK2 (pV617F, G1849T)	
903 <input type="checkbox"/> Choroba Alzheimera i miażdżycy - genotypowanie ApoE	909 <input type="checkbox"/> Genetyczne predyspozycje do rdzeniastego raka tarczycy - analiza 16 mutacji genu RET	
905 <input type="checkbox"/> Cukrzyca wrodzona - analiza mutacji genu KCNJ11	910 <input type="checkbox"/> Analiza mutacji genu KRAS - analiza 12 i 13 kodonu sekwencji genu	
906 <input type="checkbox"/> Uwarunkowana genetycznie odporność na zakażenia wirusem HIV - badanie mutacji CCR5, test jakościowy PCR	PANELE BADAŃ:	
907 <input type="checkbox"/> Uwarunkowana genetycznie odporność na zakażenia wirusem HIV - badanie ilości kopii genu CCL3-L1, test ilościowy, R-T PCR	980 <input type="checkbox"/> Panel predyspozycji genetycznych warunkujących odporność na infekcję wirusem HIV - badanie CCR5/CCL3-L1, PCR/R-T PCR	981 <input type="checkbox"/> Panel predyspozycji do genetycznie uwarunkowanych chorób zakrzepowo - zatorowych
908 <input type="checkbox"/> Choroba zakrzepowo-zatorowa - mutacja czynnika V Leiden (R506Q)		
911 <input type="checkbox"/> Choroba zakrzepowo-zatorowa - mutacja genu protrombiny Pt (G20210A)		

PANELE BADAŃ W TECHNOLOGII MIKROMACIERZY DNA (badania wykonywane we współpracy z Asper Biotech):	
960 <input type="checkbox"/> Rak piersi i jajnika - analiza 88 mutacji w 6 genach	969 <input type="checkbox"/> Wrodzona ślepota Lebera - analiza 495 mutacji w 12 genach
961 <input type="checkbox"/> Mukowiscydoza - analiza 254 mutacji genu CFTR	970 <input type="checkbox"/> Wrodzona ślepota nocna - analiza 126 mutacji w 9 genach
962 <input type="checkbox"/> Talasemia - analiza 90 mutacji genów β- i δ-globiny oraz G6PD	971 <input type="checkbox"/> Choroba Besta - analiza 138 mutacji genu BEST1
963 <input type="checkbox"/> Choroby Żydów Aszkenazyjskich - analiza 77 mutacji w 22 genach	972 <input type="checkbox"/> Choroba Stargarda, dystrofia czopkowo-pręcikowa siatkówki, starcze zwyrodnienie plamki - analiza 501 mutacji genu ABCR
964 <input type="checkbox"/> Retinopatia barwnikowa dominująca - analiza 353 mutacji w 13 genach	973 <input type="checkbox"/> Zespół Bardeta-Biedla - analiza 307 mutacji w 14 genach
965 <input type="checkbox"/> Retinopatia barwnikowa recesywna - analiza 491 mutacji w 17 genach	974 <input type="checkbox"/> Choroba Wilsona - analiza 104 mutacji genu ATP7B
966 <input type="checkbox"/> Zespół Ushera - analiza 429 mutacji w 8 genach	975 <input type="checkbox"/> Dziedziczne niedosłuchy - analiza 200 mutacji w 7 genach
967 <input type="checkbox"/> Zanik nerwów wzrokowych typu Kjera - analiza 118 mutacji genu OPA1	976 <input type="checkbox"/> Geny naprawy DNA - analiza 100 mutacji w 58 genach
968 <input type="checkbox"/> Dystrofia rogówki - analiza 293 mutacji w 12 genach	

CZAS REALIZACJI BADAŃ W TECHNOLOGII MIKROMACIERZY DNA: STANDARD (6-8 tygodni) EKSPRES (14 dni roboczych, dopłata 400 zł)

WSKAZANIA DO WYKONANIA BADANIA ORAZ ISTOTNE DANE KLINICZNE PACJENTA:	
Aktualne rozpoznanie lub podejrzenie choroby:	
Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy pacjent przechodził transfuzję krwi? TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Jeśli tak to materiałem do badań nie może być krew!	
Informacje o stosowanym leczeniu:	
Informacja o obciążeniach genetycznych w rodzinie pacjenta:	
Inne:	

MIEJSCE PRZESŁANIA WYNIKU LUB DANE OSOBY UPOWAŻNIONEJ DO JEGO ODBIORU (nie dotyczy kontrahentów):	
Imię i nazwisko:	tel. kontaktowy:
Adres:	

DEKLAROWANY SPOSÓB ODBIORU BADAŃ (nie dotyczy kontrahentów):	
<input type="checkbox"/> List polecony priorytetowy (bezpłatnie)	<input type="checkbox"/> Przesyłka kurierska (za pobraniem 30 zł)
<input type="checkbox"/> Odbiór w gabinecie lekarskim	<input type="checkbox"/> Odbiór osobisty w laboratorium (Poznań, ul. Mickiewicza 31)

Laboratorium zastrzega sobie możliwość ponownego pobrania materiału biologicznego, w sytuacjach gdy nie jest możliwe wydanie informatywnego wyniku z przyczyn niezależnych od laboratorium.

Zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. NR 101, poz. 926, ze zm.)

1/ Wyrażam zgodę na wykorzystanie danych zawartych w ankiecie do celów promocyjnych (w przypadku nie wyrażenia zgody proszę zaznaczyć:)

2/ Wyrażam zgodę na wykorzystanie danych zawartych w ankiecie do celów badawczych.

DATA I PODPIS PACJENTA

PROSZĘ WYPEŁNIĆ DRUGĄ STRONĘ FORMULARZA

DEKLARACJA ŚWIADOMEJ ZGODY NA WYKONANIE GENETYCZNYCH BADAŃ MOLEKULARNYCH

Niniejszym wyrażam zgodę na użycie pobranego ode mnie/od mojego dziecka* materiału w postaci krwi/wymazu/inne.....* w celu izolacji DNA i wykonania molekularnych badań diagnostycznych, mających na celu identyfikację zmian w DNA w związku z koniecznością określenia predyspozycji genetycznych / podejrzeniem lub rozpoznaniem choroby*:

* - niepotrzebne skreślić

Wyrażenie zgody jest niezbędne do przeprowadzenia badań diagnostycznych.

Zostałem poinformowana/ny, że:

1. Pobrany materiał zostanie użyty do izolacji mojego DNA oraz wykonania diagnostyki genetycznej.
2. Wyizolowany DNA będzie przechowywany do czasu wykonania analiz w odpowiednich warunkach, jednakże istnieje ryzyko degradacji DNA (proces naturalny), dlatego może zajść potrzeba ponownego pobrania materiału.
3. W niektórych sytuacjach wynik badania może być nieinformatywny lub niejednoznaczny. W takich sytuacjach wynik analizy DNA nie zostanie wydany. Próbkę zostanie poddana ponownemu badaniu po wprowadzeniu nowych metod diagnostycznych, umożliwiających uzyskanie informatywnego wyniku.
4. W przypadku, gdy pokrewieństwo pomiędzy członkami badanej rodziny jest inne niż deklarowane, otrzymany wynik badania może być niewłaściwie zinterpretowany.
5. Wyizolowane DNA będzie przechowywane i anonimowo wykorzystane do genetycznych badań naukowych, mających na celu rozszerzenie wiedzy na temat molekularnego podłoża chorób genetycznych.
W przypadku braku zgody na przechowywanie DNA i jego anonimowe użycie do badań naukowych, proszę zaznaczyć: (w takim wypadku DNA zostanie zniszczone po zakończeniu analiz)
6. Jeśli wyniki badań naukowych prowadzonych w przyszłości mogłyby stanowić podstawę do rozpoznania choroby genetycznej lub zwiększonego ryzyka jej rozwoju, wyrażam zgodę na przekazanie mi odpowiednich informacji. **W przypadku braku zgody proszę zaznaczyć:**
7. Jeśli w okresie od pobrania materiału do badań a datą wystawienia wyniku pacjent niepełnoletni ukończy 18 rok życia, przed wydaniem wyniku konieczne będzie podpisanie przez niego formularza „Deklaracja Świadomej Zgody”.

Dane rodzica lub opiekuna prawnego (wypełnić jeśli pacjent jest niepełnoletni)

Imię	Nazwisko
Data urodzenia	Telefon kontaktowy
Adres	

Zostałem poinformowany o rodzaju badania genetycznego i jego możliwych wynikach

.....
Data

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

Pacjent został poinformowany o celu i szczegółach dotyczących rodzaju badania oraz możliwych wynikach, które będą wymagały właściwej interpretacji.

.....
Podpis i pieczęć lekarza kierującego