

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 | ☐ wyizolowany DNA |
| ☐ inne..... | |

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

Uwagi o stanie próbki:

Data przyjęcia materiału (*dz/m/r*):/...../.....

INFORMACJE O WYNIKU ANALIZY DNA:

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

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

INFORMACJE DO FAKTURY:

NIP:

Nazwisko i imię / nazwa jednostki kierującej / firmy:

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

Adres:

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

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

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:**

- | | |
|---|--|
| ☐ Diagnostyka postnatalna | ☐ Diagnostyka prenatalna |
| ☐ weryfikacja rozpoznania klinicznego | |
| ☐ określenie statusu nosicielstwa | ☐ Diagnostyka post-mortem |
| ☐ określenie predyspozycji do zachorowania na w/w chorobę genetyczną | ☐ Zabezpieczenie materiału genetycznego |
| ☐ 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:

.....

.....

INFORMACJE O TRANSFUZJIByła wykonana u pacjenta w ciągu
ostatnich 3 miesięcy:☐ TAK ☐ NIE

** badanie genetyczne można wykonać po okresie 3 miesięcy
od daty transfuzji, w przeciwnym razie istnieje ryzyko
otrzymania błędnego wyniku diagnostycznego.*

INFORMACJE O PRZESZCZEPIE SZPIKUCzy u pacjenta wykonano kiedykolwiek
przeszczep szpiku:☐ TAK ☐ NIE

** w przypadku przeszczepu szpiku należy do badania
genetycznego pobrać inną tkankę niż krew
(np. fibroblasty, komórki śluzówki jamy ustnej)*

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

PODPIS I PIECZĄTKA LEKARZA KIERUJĄCEGO NA BADANIE:

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

Proband – osoba badana	Rodzic / Opiekun prawny *
..... imię i nazwisko	 imię i nazwisko
..... / PESEL / data urodzenia	 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:

- | | | |
|---|---|---|
| ☐ Diagnostyka postnatalna:
☐ weryfikacja rozpoznania klinicznego
☐ określenie statusu nosicielstwa | ☐ określenie predyspozycji do zachorowania na w/w chorobę genetyczną
☐ diagnostyka przedobjawowa | ☐ Diagnostyka prenatalna
☐ Diagnostyka post-mortem
☐ 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