



JEDNOSTKA ZLECAJĄCA / ODBIORCA WYNIKU

DATA POBRANIA :

GODZINA POBRANIA:

PODPIS OSOBY POBIERAJĄCEJ:

Skierowanie na badanie genetyczneSzpital 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**

RODZAJ BADANIA	
----------------	--

INFORMACJE O PRZETOCZENIU KRWI LUB PRZESZCZEPIENIU SZPIKU KOSTNEGO	
☐ TAK, data przetoczenia/przeszczepienia	
☐ NIE	
DIAGNOSTYKA POSTNATALNA	
☐ weryfikacja rozpoznania klinicznego	
☐ określenie stanu bezobjawowego nosicielstwa	
☐ diagnostyka przedobjawowa	
☐ określenie ryzyka zachorowania (w chorobach wieloczynnikowych)	
DANE KLINICZNE	
WYWIAD CHOROBY/OBJAWY KLINICZNE	
WYWIAD RODZINNY	

SCHEMAT RODOWODU	
	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 pobranych 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. Marii Orwid 11 30-688 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 ☐ diagnostyka postnatalna ☐ diagnostyka prenatalna ☐ weryfikacja rozpoznania klinicznego ☐ analiza materiału po poronieniu ☐ określenie stanu bezobjawowego nosicielstwa ☐ diagnostyka <i>post mortem</i> ☐ diagnostyka przedobjawowa ☐ bankowanie DNA/RNA ☐ określenie ryzyka zachorowania (w chorobach wieloczynnikowych) ☐ diagnostyka hematologiczna	☐ TAK ☐ NIE
Oświadczam, że: zostałem/-am poinformowany/-a o istocie podejrzanej choroby i znaczeniu wykonywanych badań molekularnych/ cytogenetycznych dla ustalenia rozpoznania/ oceny przebiegu choroby, 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 ☐ TAK ☐ NIE
Zgadzam się na przechowywanie (bankowanie) próbki DNA/RNA osoby badanej po zakończeniu diagnostyki <u>z zachowaniem tajemnicy danych</u>	☐ TAK ☐ NIE
Zgadzam się na wykorzystanie uzyskanych wyników testów diagnostycznych w opracowaniach naukowych <u>z zachowaniem warunków anonimowości</u>	☐ 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 <u>z zachowaniem warunków anonimowości</u>	☐ 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.	