



--

JEDNOSTKA ZLECAJĄCA / ODBIORCA WYNIKU

DATA POBRANIA: .....

GODZINA POBRANIA: .....

PODPIS OSOBY POBIERAJĄCEJ: .....

## Skierowanie na badanie cytogenetyczne

Zakład Diagnostyki Hematologicznej i Genetyki

Pracownia Cytogenetyczna

ul. Jakubowskiego 2, 30-688 Kraków; tel.: 12 400 36 77; fax: 12 400 37 87; e-mail: [cytogen@su.krakow.pl](mailto:cytogen@su.krakow.pl)

Imię i nazwisko pacjenta: ..... PŁEĆ: K  M

Data urodzenia: .....

PESEL:																			
--------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Miejsce zamieszkania: .....

Sposób kontaktu z pacjentem: tel.: ....., fax: ..... e-mail: .....

ZGODA NA BADANIE GENETYCZNE (w załączeniu):

UZYSKANO

NIE UZYSKANO

RODZAJ BADANIA:

KARIOTYP

FISH

MATERIAŁ:

SZPIK KOSTNY

KREW OBWODOWA

PCI WĘZŁA

INNY  .....

BADANIE:

PIERWSZE

KOLEJNE

Rozpoznanie / data rozpoznania: .....

Potwierdzenie histopatologiczne:  tak  nie

Dotychczasowe leczenie:  tak  nie

Jakie? : .....

Data rozpoczęcia leczenia: ..... Data ostatniej dawki: .....

CEL ZLECANEGO BADANIA:

--

WYPEŁNIA LABORATORIUM:

Data przyjęcia materiału: .....

Godzina przyjęcia materiału: .....

--

Pieczęć i podpis lekarza kierującego

<b>Szpital Uniwersytecki w Krakowie</b> <b>Zakład Diagnostyki Hematologicznej i Genetyki</b>	<b>30-688 Kraków, ul. Jakubowskiego 2</b> <b>tel. 12 400 36 77, 12 4003678; fax:12 400 36 87</b>
---	---

### DEKLARACJA ŚWIADOMEJ ZGODY NA WYKONANIE BADAŃ GENETYCZNYCH

**Dane osoby badanej:**

<b>IMIĘ</b>		<b>NAZWISKO</b>	
<b>PESEL</b>		<b>TELEFON KONTAKTOWY</b>	
<b>ADRES</b>			

### 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 pobrań diagnostycznych do oceny przebiegu choroby na zlecenie lekarza prowadzącego. Wyniki badań będą przekazane lekarzowi zlecającemu badanie.

**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

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> diagnostyka postnatalna  | <input type="checkbox"/> diagnostyka prenatalna          |
| <input type="checkbox"/> weryfikacja rozpoznania klinicznego                            | <input type="checkbox"/> analiza materiału po poronieniu |
| <input type="checkbox"/> określenie stanu bezobjawowego nosicielstwa                    | <input type="checkbox"/> diagnostyka <i>post mortem</i>  |
| <input type="checkbox"/> diagnostyka przedobjawowa                                      | <input type="checkbox"/> bankowanie DNA/RNA              |
| <input type="checkbox"/> określenie ryzyka zachorowania (w chorobach wieloczynnikowych) | <input type="checkbox"/> diagnostyka hematologiczna      |

TAK    NIE

Oświadczam, że:

zostałem/-am poinformowany/-a o istocie podejrzewanej choroby i znaczeniu wykonywanych badań molekularnych/ cytogenetycznych dla ustalenia rozpoznania/ oceny przebiegu choroby,

TAK    NIE

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

Zgadzam się na przechowywanie (bankowanie) próbki DNA/RNA osoby badanej po zakończeniu diagnostyki z zachowaniem tajemnicy danych

TAK    NIE

Zgadzam się na wykorzystanie uzyskanych wyników testów diagnostycznych w opracowaniach naukowych z zachowaniem warunków anonimowości

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 z zachowaniem warunków anonimowości

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

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. Mikołaja Kopernika 36, 31-501 Kraków, telefon 12 424 70 00, e-mail: info@su.krakow.pl.

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)

<b>PODPIS OSOBY BADANEJ</b>	<b>PODPIS PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO</b>
<b>OŚWIADCZENIE LEKARZA</b>	<b>PIECZĘĆ I PODPIS LEKARZA</b>
Oświadczam, że udzieliłem 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.	