



DATA POBRANIA:

GODZINA POBRANIA:

PODPIS OSOBY POBIERAJĄCEJ:

JEDNOSTKA ZLECAJĄCA / ODBIORCA WYNIKU

Skierowanie na badanie cytogenetyczne

Zakład Diagnostyki Hematologicznej i Genetyki

Pracownia Cytogenetyczna

ul. Jakubowskiego 2, 30-688 Kraków; tel: 12 4003677; fax: 12 4003787; e-mail: 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 ☐ nieDotychczasowe 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

 Szpital Uniwersytecki w Krakowie Zakład Diagnostyki Hematologicznej i Genetyki		30-688 Kraków, ul. Jakubowskiego 2 tel. 12 4003677, 12 4003678; fax:12 4003687	
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 pobrań diagnostycznych do oceny przebiegu choroby na zlecenie lekarza prowadzącego. Wyniki badań będą przekazane lekarzowi zlecającemu badanie.

<u>Wyrażam zgodę na pobranie</u> ☐ ode mnie ☐ od mojego dziecka ☐ od mojego podopiecznego <u>materiału biologicznego w postaci</u> ☐ krwi obwodowej ☐ szpiku kostnego ☐ innego materiału <u>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</u> (Nazwa diagnozowanej jednostki chorobowej lub zakres badań stosownie do sytuacji klinicznej) <u>w ramach następującego rodzaju diagnostyki genetycznej</u> ☐ 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 przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w skierowaniu, zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002r. nr 101, poz. 926 z późn. zmianami)	☐ 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
 - o 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)
- Wyrażam zgodę/ nie wyrażam zgody * na udzielenie mi informacji o ryzyku ujawnienia się w przyszłości patologii związanej ze stwierdzeniem tzw. zmian nieoczekiwanych

PODPIS OSOBY BADANEJ	PODPIS OSOBY UPOWAŻNIONEJ
OŚWIADCZENIE LEKARZA	PIECZĘĆ I PODPIS LEKARZA
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.	