



JEDNOSTKA ZLECAJĄCA / ODBIORCA WYNIKU

DATA POBRANIA:

GODZINA POBRANIA:

PODPIS OSOBY POBIERAJĄCEJ:

Skierowanie na badanie prenatalne

Zakład Diagnostyki Hematologicznej i Genetyki

Pracownia Cytogenetyczna

ul. Jakubowskiego 2, 30-688 Kraków; tel.: 12 400 36 77; fax: 12 400 36 87; 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:

RODZAJ BADANIA: array CGH ☐

RAPID FISH ☐

KARIOTYP ☐

MATERIAŁ:

PŁYN OWODNIOWY ☐ aspiracja przez łożysko ☐

TROFOBLAST ☐

KREW PĘPOWINOWA ☐

PŁYN Z JAMY CIAŁA ☐ ŁOŻYSKO ☐

FIBROBLASTY ☐

INNY ☐

CIĄŻA:...../pojedyncza ☐/mnoga ☐

TYDZIEŃ CIĄŻY:.....

BADANIE: PIERWSZE ☐

KOLEJNE ☐

WSKAZANIA DO INWAZYJNEJ DIAGNOSTYKI PRENATALNEJ:	TAK	NIE	WYNIK:
Wiek ≥35 lat			
Aneuploidia autosomalna w poprzedniej ciąży			
Aneuploidia chromosomów płci w poprzedniej ciąży			
Zrównoważona aberracja chromosomowa u rodzica			
Nieprawidłowy wynik badania USG			
Nieprawidłowy wynik przesiewowych badań biochemicznych			
Nieprawidłowy wynik badania NIPT			
Poronienia 2 lub więcej			
Obawa			

INFORMACJE DODATKOWE:

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. M. Jakubowskiego 2 tel. 12 400 36 77, 12 400 36 87	
DEKLARACJA ŚWIADOMEJ ZGODY NA WYKONANIE BADAŃ GENETYCZNYCH			
Dane osoby badanej:			
IMIĘ		NAZWISKO	
PESEL		TELEFON KONTAKTOWY	
ADRES			

INFORMACJA DLA PACJENTA
Badania genetyczne służą weryfikacji postawionego przez lekarza rozpoznania, mogą pozwolić na określenie aberracji leżących u podstaw chorób o podłożu genetycznym, na ustalenie nosicielstwa zmiany genetycznej, określenie ryzyka genetycznego, jak również na dostarczenie informacji o możliwości wdrożenia postępowania profilaktycznego lub/i terapeutycznego (jeśli dostępne). Brak identyfikacji zmiany genetycznej nie wyklucza genetycznego podłoża choroby. W niektórych sytuacjach wynik badania molekularnego/cytogenetycznego może być nieinformatywny lub niejednoznaczny. Istnieje również możliwość nieuzyskania wyniku badania z przyczyn technicznych. Mogą również zaistnieć wskazania do pobrania materiału biologicznego od rodziców pacjenta / płodu lub innych członków rodziny w celu wykonania kompleksowej diagnostyki. W przypadku innego niż deklarowane pokrewieństwo pomiędzy członkami badanej rodziny, interpretacja otrzymanego wyniku badania może być niewłaściwa. Materiał biologiczny pobrany w celu wykonania diagnostyki genetycznej zostanie użyty do izolacji DNA i/lub założenia hodowli komórkowych. Po zakończeniu diagnostyki materiał (o ile nie zużyty w całości) z zapewnieniem odpowiednich warunków będzie przechowywany w Zakładzie Diagnostyki Hematologicznej i Genetyki Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie. Pomimo zapewnienia odpowiednich warunków przechowywania, materiał genetyczny może ulec degradacji. Wynik badania zostanie omówiony przez lekarza kierującego w odniesieniu do aktualnego stanu wiedzy. W rzadkich przypadkach niepowodzeń prowadzonych badań lub trudności z interpretacją uzyskanych wyników, konieczne może być powtórzenie procesu diagnostycznego. Z uwagi na stały rozwój metod diagnostycznych i postęp wiedzy medycznej w przyszłości w odniesieniu do powyższego może być zasadne zweryfikowanie uzyskanych danych za zgodą pacjenta/przedstawiciela ustawowego pacjenta.

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 <u>materiału biologicznego w postaci</u> ☐ płynu owodniowego ☐ trofoblastu ☐ krwi pępowinowej ☐ płynu z jamy ciała ☐ łożyska ☐ fibroblastów ☐ innego materiału <u>w celu izolacji DNA oraz wykonania molekularnych/ cytogenetycznych badań diagnostycznych, mających na celu identyfikację zmian w materiale genetycznym w związku z podejrzeniem/ rozpoznaniem klinicznym choroby w ramach rutynowej diagnostyki</u>	☐ 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 nieinformatywnego 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 nieinformatywny, 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 informatywnego dla osoby badanej i członków rodziny.	