



--

JEDNOSTKA ZLECAJĄCA / ODBIORCA WYNIKU

DATA POBRANIA :

GODZINA POBRANIA:

PODPIS OSOBY POBIERAJĄCEJ:

Skierowanie na badanie cytogenetyczne

Zakład Diagnostyki Hematologicznej, Pracownia Cytogenetyczna,
ul. Kopernika 17, 31-501 Kraków; tel: 12 424 76 29, fax:12 424 76 41, e-mail: cytogenetyka@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:

--

OSRODEK KOSZTÓW SU				-					
Zgoda Dyrektora Jednostki kierującej na finansowanie badania									

--

Pieczeń i podpis lekarza kierującego

WYPEŁNIA LABORATORIUM:

Data przyjęcia materiału:

Godzina przyjęcia materiału:



Szpital Uniwersytecki w Krakowie
Zakład Diagnostyki Hematologicznej

31-501 Kraków, ul. Kopernika 17
tel. 12 424 76 41, 12 424 76 29

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 korelację 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"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE |
| <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 | |

Oświadczam, że:

zostałem/-am poinformowany/-a o istocie podejrzanej 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 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

w moje 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.	