



JEDNOSTKA ZLECAJĄCA / ODBIORCA WYNIKU

DATA POBRANIA :

GODZINA POBRANIA:

PODPIS OSOBY POBIERAJĄCEJ:

Skierowanie na badanie zaburzeń genetycznychSzpital 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:

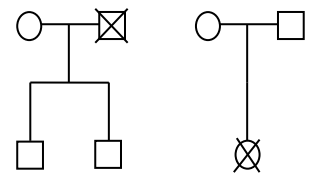
Rozpoznanie (kod ICD10)

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**

BADANY GEN (MUTACJA)	
-----------------------------	--

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

SCHEMAT RODOWODU	
	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> LEGENDA ○ - kobieta □ - mężczyzna ⊗/⊗ osoba nieżyjąca </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-top: 5px;"> PRZYKŁADY  </div>

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