

**FORMULARZ ZLECENIA BADAŃ - DIAGNOSTYKA CHORÓB I PREDYSPOZYCJI GENETYCZNYCH**

Zał. nr 6 do P.1  
wersja 10

PROSZĘ WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI

DANE PACJENTA:		ZLECENIODAWCA (nie dotyczy badań prywatnych):	
Imię:		Numer kontrahenta:	
Nazwisko:		Imię i nazwisko lekarza kierującego:	
Adres zamieszkania:		Pieczęć jednostki zlecającej:	
Ulica:.....nr.....			
Miejscowość:.....kod:.....			
PESEL:			
Data urodzenia: D D M M R R		kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna <input type="checkbox"/>	
tel. kontaktowy:		..... data	
e-mail:		..... podpis osoby upoważnionej	

Wypełnienie powyższych pól jest warunkiem koniecznym do przyjęcia zlecenia, zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 21. 01. 2009 r. w sprawie standardów jakości dla medycznych laboratoriów diagnostycznych i mikrobiologicznych (Dz. U. 2009 r. Nr 22, poz. 128 ze zm.) oraz wymaganiami normy ISO 9001:2008

MATERIAŁ DO BADAŃ:		
Rodzaj materiału:	Data i godzina pobrania:	Imię i nazwisko pobierającego:

Kolorem czerwonym oznaczono dane niezbędne do przyjęcia zlecenia!

PROSZĘ ZAZNACZYĆ ZLECANE BADANIA

ZLECANE BADANIA PODSTAWOWE:	
<b>POJEDYNCZE BADANIA:</b> 901 <input type="checkbox"/> Mukowiscydoza - analiza 9 mutacji genu CFTR 902 <input type="checkbox"/> Rak piersi i jajnika - analiza 5 mutacji genu BRCA1 915 <input type="checkbox"/> Rak piersi i jajnika - analiza mutacji genu BRCA2 916 <input type="checkbox"/> Rak piersi i jajnika - analiza mutacji genu NBS1 917 <input type="checkbox"/> Rak piersi i jajnika - analiza mutacji genu NOD2 918 <input type="checkbox"/> Rak piersi i jajnika - analiza mutacji genu CHEK2 919 <input type="checkbox"/> Rak piersi i jajnika - analiza mutacji genu P16 920 <input type="checkbox"/> Rak piersi i jajnika - analiza mutacji genu CYP1B1 921 <input type="checkbox"/> Rak jelita grubego (zespół Lyncha, HNPCC) - analiza 169 mutacji w genach (MLH1, MSH2, MSH6, NOD2, CHEK2) 922 <input type="checkbox"/> Rak prostaty (nowotwór gruczołu krokowego) - analiza 17 mutacji w genach (RNASEL, ELAC2, MSR1, NBS1, BRCA1, CHEK2) 903 <input type="checkbox"/> Choroba Alzheimera i miażdżycy - genotypowanie ApoE 905 <input type="checkbox"/> Cukrzyca wrodzona - analiza mutacji genu KCNJ11	908 <input type="checkbox"/> Choroba zakrzepowo-zatorowa - mutacja czynnika V Leiden (R506Q) 909 <input type="checkbox"/> Genetyczne predyspozycje do rdzeniastego raka tarczycy - analiza 16 mutacji genu RET 911 <input type="checkbox"/> Choroba zakrzepowo-zatorowa - mutacja genu protrombiny Pt (G20210A) 912 <input type="checkbox"/> Analiza polimorfizmu genu MTHFR (C677T oraz A1289C) związana z metabolizmem kwasu foliowego u kobiet ciężarnych 913 <input type="checkbox"/> Diagnostyka genetycznie uwarunkowanej policitemii, trombocytemii i mielofibrozy - analiza mutacji genu JAK2 (pV617F, G1849T) 910 <input type="checkbox"/> Analiza mutacji genu KRAS - analiza 12 i 13 kodonu sekwencji genu <b>PANELE BADAŃ:</b> 981 <input type="checkbox"/> Panel predyspozycji do genetycznie uwarunkowanych chorób zakrzepowo - zatorowych 914 <input type="checkbox"/> Rak piersi - analiza 7 genów (15 mutacji): BRCA1, BRCA2, NBS1, NOD2, CHEK2, P16, CYP1B1

**WSKAZANIA DO WYKONANIA BADAŃ ORAZ ISTOTNE DANE KLINICZNE PACJENTA:**

Aktualne rozpoznanie lub podejrzenie choroby: .....

Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy pacjent przechodził transfuzję krwi? TAK  NIE  **Jeśli tak to materiałem do badań nie może być krew!**

Informacje o stosowanym leczeniu: .....

Informacja o obciążeniach genetycznych w rodzinie pacjenta: .....

Inne: .....

**MIEJSCE PRZESŁANIA WYNIKU LUB DANE OSOBY UPOWAŻNIONEJ DO JEGO ODBIORU (nie dotyczy kontrahentów):**

Imię i nazwisko: ..... tel. kontaktowy: .....

Adres: .....

**DEKLAROWANY SPOSÓB ODBIORU BADAŃ (nie dotyczy kontrahentów):**

List polecony priorytetowy (bezpłatnie)  Przesyłka kurierska (doliczyć do ceny testu 30 zł)

Odbiór w gabinecie lekarskim  Odbiór osobisty w laboratorium (Poznań, ul. Mickiewicza 31)

Laboratorium zastrzega sobie możliwość ponownego pobrania materiału biologicznego, w sytuacjach gdy nie jest możliwe wydanie informatywnego wyniku z przyczyn niezależnych od laboratorium.

Zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. NR 101, poz. 926, ze zm.)  
 1/ Wyrażam zgodę na wykorzystanie danych zawartych w ankiecie do celów promocyjnych (w przypadku nie wyrażenia zgody proszę zaznaczyć: )  
 2/ Wyrażam zgodę na wykorzystanie danych zawartych w ankiecie do celów badawczych.

.....  
DATA I PODPIS PACJENTA

PROSZĘ WYPEŁNIĆ DRUGĄ STRONĘ FORMULARZA

## DEKLARACJA ŚWIADOMEJ ZGODY NA WYKONANIE GENETYCZNYCH BADAŃ MOLEKULARNYCH

Niniejszym wyrażam zgodę na użycie pobranego ode mnie/od mojego dziecka\* materiału w postaci krwi/wymazu/inne.....\* w celu izolacji DNA i wykonania molekularnych badań diagnostycznych, mających na celu identyfikację zmian w DNA w związku z koniecznością określenia predyspozycji genetycznych / podejrzeniem lub rozpoznaniem choroby\*: .....

\* - niepotrzebne skreślić

**Wyrażenie zgody jest niezbędne do przeprowadzenia badań diagnostycznych.**

Zostałem poinformowana/ny, że:

1. Pobrany materiał zostanie użyty do izolacji mojego DNA oraz wykonania diagnostyki genetycznej.
2. Wyizolowany DNA będzie przechowywany do czasu wykonania analiz w odpowiednich warunkach, jednakże istnieje ryzyko degradacji DNA (proces naturalny), dlatego może zajść potrzeba ponownego pobrania materiału.
3. W niektórych sytuacjach wynik badania może być nieinformatywny lub niejednoznaczny. W takich sytuacjach wynik analizy DNA nie zostanie wydany. Próbkę zostanie poddana ponownemu badaniu po wprowadzeniu nowych metod diagnostycznych, umożliwiających uzyskanie informatywnego wyniku.
4. W przypadku, gdy pokrewieństwo pomiędzy członkami badanej rodziny jest inne niż deklarowane, otrzymany wynik badania może być niewłaściwie zinterpretowany.
5. Wyizolowane DNA będzie przechowywane i anonimowo wykorzystane do genetycznych badań naukowych, mających na celu rozszerzenie wiedzy na temat molekularnego podłoża chorób genetycznych.  
**W przypadku braku zgody na przechowywanie DNA i jego anonimowe użycie do badań naukowych, proszę zaznaczyć:**  (w takim wypadku DNA zostanie zniszczone po zakończeniu analiz)
6. Jeśli wyniki badań naukowych prowadzonych w przyszłości mogłyby stanowić podstawę do rozpoznania choroby genetycznej lub zwiększonego ryzyka jej rozwoju, wyrażam zgodę na przekazanie mi odpowiednich informacji. **W przypadku braku zgody proszę zaznaczyć:**
7. Jeśli w okresie od pobrania materiału do badań a datą wystawienia wyniku pacjent niepełnoletni ukończy 18 rok życia, przed wydaniem wyniku konieczne będzie podpisanie przez niego formularza „Deklaracja Świadomej Zgody”.

*Dane rodzica lub opiekuna prawnego (wypełnić jeśli pacjent jest niepełnoletni)*

Imię	Nazwisko
Data urodzenia	Telefon kontaktowy
Adres	

Zostałem poinformowany o rodzaju badania genetycznego i jego możliwych wynikach

.....  
Data

.....  
Podpis pacjenta / rodzica / prawnego opiekuna

Pacjent został poinformowany o celu i szczegółach dotyczących rodzaju badania oraz możliwych wynikach, które będą wymagały właściwej interpretacji.

.....  
Podpis i pieczęć lekarza kierującego