

SKIEROWANIE NA BADANIE GENETYCZNE – Diagnostyka Onkohematologiczna i Onkologiczna

Kod/Rodzaj badania:

Wskazanie do wykonania badania:

poziom leukocytozy: blastoza:%

Kod ICD10:

Pacjent:

Nazwisko i imię:

Data urodzenia: r.

dzień

miesiąc

rok

PESEL:

Płeć: M K

Adres zamieszkania:

Wyrażam zgodę na otrzymanie krótkiej wiadomości tekstowej (SMS) w celu uzyskania informacji o terminie zakończenia badania:

TAK* NIE

* numer telefonu

Wyrażam zgodę na przesłanie wyniku do lekarza kierującego na badanie:

TAK NIE*

* dane adresowe do korespondencji lub dane osoby upoważnionej do odbioru wyniku

Materiał biologiczny:

Rodzaj materiału:

krew obwodowa ^{1,2}

szpik ²

tkanka FFPE

inny

¹ podać informacje o przeszczepieniu szpiku lub transfuzji krwi

TAK* NIE

*data OSTATNIEJ transfuzji preparatów krwiopochodnych lub przeszczepienia szpiku

² krew jest źródłem materiału do badań pod warunkiem, że w okresie **2 miesięcy** poprzedzających badanie pacjent nie otrzymał transfuzji preparatów krwiopochodnych

Ośrodek kierujący:

Ośrodek kierujący – pieczętka:	
Numer umowy z NFZ, Oddział NFZ:	
Podpis i pieczętka lekarza kierującego:	
Data wystawienia zlecenia:	

Laboratorium Genetyki Klinicznej UCK:

Data pobrania materiału:	Data przyjęcia materiału:
Godzina pobrania materiału:	Godzina przyjęcia materiału:
Dane osoby pobierającej materiał:	Dane osoby przyjmującej materiał:

UWAGA: Skierowanie na badanie jest ważne wyłącznie w przypadku dołączenia deklaracji świadomej zgody podpisanej przez pacjenta / przedstawiciela ustawowego (VERTE).

DEKLARACJA ŚWIADOMEJ ZGODY NA WYKONANIE BADAŃ GENETYCZNYCH

wymagane do wykonania badań genetycznych zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 23.03.2006r. w sprawie standardów jakości dla medycznych laboratoriów diagnostycznych i mikrobiologicznych (t. jedn. Dz. U. 2016.1665)

W kierunku:

.....

Kod badania, nazwa choroby, genu, wariantu

.....

Proband – osoba badana

imię i nazwisko

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PESEL / data urodzenia

Adres

telefon kontaktowy

w przypadku osoby nieposiadającej numeru PESEL – nazwa i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość

Dane przedstawiciela ustawowego (rodzic / opiekun prawny)*

*wypełnić w przypadku gdy osoba badana jest małoletnia albo całkowicie ubezwłasnowolniona

imię i nazwisko

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PESEL / data urodzenia

Adres

telefon kontaktowy

w przypadku osoby nieposiadającej numeru PESEL – nazwa i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość

Niniejszym wyrażam zgodę na użycie pobranego:

ode mnie

od mojego dziecka (podopiecznego)

materiału w postaci:

krwi obwodowej

szpiku

tkanka FFPE

innej

oraz wykorzystanie materiału genetycznego w celu wykonania diagnostycznych badań genetycznych.

(należy opisać na czym polega cel badania i jakie są wskazania do badania)

.....

data

podpis pacjenta i/lub przedstawiciela ustawowego

podpis i pieczęć lekarza kierującego

Oświadczam, że:

- Zostałam/em poinformowana/y o istocie choroby, celu i znaczeniu wykonywanych badań genetycznych oraz możliwości zrezygowania z prowadzonych badań w dowolnym momencie bez jakichkolwiek konsekwencji.
- Zostałam/em poinformowana/y w sposób przystępny o stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu.
- Zostałam/em poinformowana/y o celu zbierania danych osobowych, prawie dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (tekst jedn. Dz.U.2016.922) oraz, że udział w badaniu jest dobrowolny, a także że zbierane dane, będą przetwarzane i przechowywane przez administratora danych, zgodnie z ustawą z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tekst jedn. Dz.U. z 2017r. poz. 1318).
- Przyjmuję do wiadomości fakt, że mam obowiązek poinformowania Laboratorium Genetyki Klinicznej Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego, jeśli w okresie ostatnich 2 miesięcy wykonano u mnie/podopiecznego transfuzję preparatów krwiopochodnych lub przeszczep szpiku.
- Przyjmuję do wiadomości fakt, że zastosowany algorytm diagnostyczny może nie przynieść wyników informacyjnych oraz że po wdrożeniu nowych metod diagnostycznych badanie genetyczne pod kątem określonego wskazania klinicznego może zostać wznowione na zlecenie lekarza kierującego.
- Przyjmuję do wiadomości fakt, że w niektórych sytuacjach badanie będzie musiało zostać powtórzone lub rozszerzone.
- Przyjmuję do wiadomości fakt, że ponowne pobranie materiału może mieć miejsce w przypadku, gdy jakość i/lub ilość materiału genetycznego jest niewystarczająca do wykonania badania.
- Przyjmuję do wiadomości fakt, że udzielenie prawidłowej porady genetycznej może wiązać się z koniecznością wykonania badań genetycznych u innych członków rodziny oraz że w przypadku, gdy pokrewieństwo między członkami badanej rodziny jest inne niż deklarowane, otrzymany wynik i jego interpretacja mogą być nieprawidłowe.
- Przyjmuję do wiadomości fakt, że zastosowany algorytm diagnostyczny może nie przynieść wyników informacyjnych oraz że po wdrożeniu nowych metod diagnostycznych badanie genetyczne pod kątem określonego wskazania klinicznego może zostać wznowione na zlecenie lekarza kierującego.
- Przyjmuję do wiadomości fakt, że sprawozdanie z badania genetycznego jest własnością pacjenta i może zostać odebrane po umówieniu terminu osobiście, natomiast laboratoryjne wyniki badań genetycznych i analizy bioinformatycznej nie stanowią załącznika do niniejszego sprawozdania.
- Przyjmuję do wiadomości fakt, że w przypadku wielopunktowej analizy genomu (lub jego części) informacje zawarte w SPRAWOZDANIU Z ANALIZY DNA odnoszą się wyłącznie do wskazań medycznych danego badania. Postawienie nowego wskazania klinicznego względnie rozszerzenie analizy na tzw. minimalny panel genów podstawowych (www.acmg.net/docs/ACMG) jest równoznaczne z przeprowadzeniem niezależnego algorytmu diagnostycznego.
- Przyjmuję do wiadomości fakt, że materiał dostarczony do badań nie podlega zwrotowi.
- Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody*** na przechowywanie materiału genetycznego po zakończeniu diagnostyki.
- Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody*** na wykorzystanie, po uprzedniej anonimizacji, wyników moich badań oraz pozostałego po badaniu diagnostycznym materiału biologicznego do celów badań naukowych, opracowania testów diagnostycznych, analiz statystycznych i/lub publikacji naukowych.
- Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody*** na informowanie mnie w przyszłości o wynikach badań diagnostycznych i/lub naukowych wtedy, gdy mogłyby one stanowić podstawę do rozpoznania choroby genetycznej, zwiększonego ryzyka jej rozwoju, udzielenia porady genetycznej lub wdrożenia nowego algorytmu terapeutycznego.
- Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody*** na przetwarzanie moich danych osobowych przez Uniwersyteckie Centrum Kliniczne do celów związanych z wykonaniem diagnostyki genetycznej zgodnie z przepisami ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (tekst jedn. Dz.U.2016.922).

***niepotrzebne skreślić**

data

podpis pacjenta i/lub przedstawiciela ustawowego