Uniwersyteckie Centrum Kliniczne

LABORATORIUM GENETYKI KLINICZNEJ
Uniwersyteckie Centrum Kliniczne
80-214 Gdańsk, ul. Smoluchowskiego 17
tel: +48 58 349 37 70 fax: +48 58 349 37 67
Regon: 000288640 NIP 957-07-30-409

SKIEROWANIE NA BADANIE GENETYCZNE – Diagnostyka Onkologiczna

Badanie:

numer badania z systemu CGM CLININET UCK:

Kod procedury[3]: . . . . . Nazwa badania[3]: . . . . . .

Wskazanie do wykonania badania: . . . . . .

. . . . . .

Cel badania[4]:

☐ diagnostyka choroby pierwotnej:

☐ rozpoznanie

☐ prognoza

☐ wybór terapii

☐ *follow-up* ☐ oporność na leczenie

☐ TYLKO izolacja kwasów nukleinowych
(biorepozytorium LGK)

Istotne dane kliniczne:

Rozpoznanie histopatologiczne:

Kod ICD10[4]: . . . . . .

Pacjent[3]:

numer pacjenta z systemu CGM CLININET UCK:

Nazwisko: . . . . . Imię: . . . . . .

Data urodzenia: ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ (*dzień* / *miesiąc* / *rok*) PESEL: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ (*UWAGA: w przypadku noworodka należy podać PESEL matki)* Płeć: ☐ M ☐ K

Dokument tożsamości:

Rodzaj: . . . . . Seria i numer: . . . . . Kraj wydania: . . . . . .
(UWAGA: należy wypełnić w przypadku osoby, która nie ma nadanego numeru PESEL)

Adres zamieszkania: . . . . . .

Miejsce przesłania wyniku badania lub dane osoby upoważnionej do odbioru wyniku:

UWAGA: Wynik co do zasady przekazywany jest do jednostki kierującej (podmiotu zlecającego wykonanie badania), ale możliwe jest jego wydanie pacjentowi lub innej osobie upoważnionej do jego odbioru. W tym celu niezbędne jest wskazanie danych pacjenta lub innej osoby upoważnionej do odbioru wyniku oraz preferowanego sposobu jego udostępnienia.

Sposób odbioru wyniku[6]:

☐ odbiór osobisty przez pacjenta ☐ odbiór osobisty przez osobę upoważnioną ☐ e-mail ☐ przesyłka pocztowa

☐ **dane pacjenta** ☐ **dane osoby upoważnionej**	**dane osoby upoważnionej**
numer telefonu:	nazwisko i imię: . . . . .
adres e-mail:	PESEL: . . . . .
adres do korespondencji:	*Wypełnić poniższe dane w przypadku osoby, która nie ma nadanego numeru PESEL*
. . . . .	*Dokument tożsamości:*
. . . . .	*rodzaj*: . . . . .
. . . . .	*seria i numer*: . . . . . *kraj wydania*: . . . . .

Uniwersyteckie Centrum Kliniczne

LABORATORIUM GENETYKI KLINICZNEJ
Uniwersyteckie Centrum Kliniczne
80-214 Gdańsk, ul. Smoluchowskiego 17
tel: +48 58 349 37 70 fax: +48 58 349 37 67
Regon: 000288640 NIP 957-07-30-409

SKIEROWANIE NA BADANIE GENETYCZNE – Diagnostyka Onkologiczna

Badanie: *numer badania z systemu CGM CLININET UCK:*

Kod procedury[3]: . . . . Nazwa badania[3]: . . . .

Pacjent[3]: *numer pacjenta z systemu CGM CLININET UCK:*

Nazwisko: . . . . Imię: . . . .

Data urodzenia: ☐☐ *dzień* ☐☐ *miesiąc* ☐☐☐☐ *rok* PESEL: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ *(UWAGA: w przypadku noworodka należy podać PESEL matki)* Płeć: ☐ M ☐ K

Dane jednostki zlecającej badanie:

Ośrodek kierujący – pieczątka[4,5]:		Nazwisko i imię, podpis i pieczątka lekarza zlecającego[4,5]:	
Numer umowy z NFZ, Oddział NFZ[4,5]:		Data wystawienia zlecenia[4,5]:	
NAZWA płatnika lub programu[6]:		*NIP lub MPK[5]:*	

Materiał biologiczny[3]:

Rodzaj materiału:

☐ **tkanka FFPE** nr . . . .
*numer **BLOCZKA** parafinowego* — *dane Zakładu Patomorfologii, z którego pochodzi materiał*

☐ **tkanka FFPE** . . . .
*numer **BADANIA** histopatologicznego* — *dane Zakładu Patomorfologii, z którego pochodzi wynik*

☐ **inny** . . . . nr . . . .
podać rodzaj i numer materiału

UWAGA
Lekarz zlecający przekazując/wskazując materiał tkankowy spoza ZPK UCK w Gdańsku jest odpowiedzialny za zweryfikowanie jego oznaczeń i zgodności pochodzenia materiału.

☐ **krew** (płynna biopsja)[a, b] Wysokie ryzyko infekcji: ☐ TAK ☐ NIE

Krew pobrana do probówki z antykoagulantem:

[a] należy podać informacje o przeszczepieniu szpiku lub transfuzji preparatów krwiopochodnych
*[b] krew jest źródłem materiału do badań pod warunkiem, że w okresie **2 miesięcy** poprzedzających badanie pacjent nie otrzymał transfuzji preparatów krwiopochodnych*

☐ NIE ☐ TAK* . . . .
**data OSTATNIEJ transfuzji preparatów krwiopochodnych lub przeszczepienia szpiku*

. . . .
**rodzaj podanego preparatu*

**w przypadku wysokiego ryzyka chimeryzmu Laboratorium może wykonać analizę profilu DNA w celu określenia poziomu chimeryzmu i dopuszczenia lub odrzucenia DNA do dalszych analiz*

Wypełnia Laboratorium Genetyki Klinicznej UCK:

Data pobrania materiału:		*Data przyjęcia materiału:*	
Godzina pobrania materiału:		*Godzina przyjęcia materiału:*	
Czytelny podpis (nazwisko i imię) osoby pobierającej materiał:		*Czytelny podpis (nazwisko i imię) osoby przyjmującej materiał:*	

[3]**Dane podawane obowiązkowo** (ich podanie jest niezbędne do udzielenia świadczenia)
[4]**Dane podawane obowiązkowo** (ich podanie jest niezbędne do prawidłowej interpretacji wyniku i/lub rozliczenia świadczenia w ramach SOK)
[5]**Dane podawane dobrowolnie** (ich podanie nie jest niezbędne do rozliczenia świadczenia w ramach SOK)
[6]**Dane podawane dobrowolnie** (ich podanie nie jest niezbędne do udzielenia świadczenia, ale ułatwi UCK komunikację z pacjentem i/lub prawidłowe rozliczenie badania)

UWAGA: Druk Świadomej Zgody na wykonanie badania genetycznego w **niehematologicznych nowotworach nabytych** może być częścią indywidualnej dokumentacji wewnętrznej pacjenta i nie musi być dostarczany do laboratorium

Administratorem Twoich danych osobowych jest Uniwersyteckie Centrum Kliniczne, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej z siedzibą przy ul. Dębinki 7, 80-952 Gdańsk, zarejestrowany w VII Wydziale Gospodarczym Krajowego Rejestru Sądowego Sądu Rejonowego Gdańsk-Północ w Gdańsku pod numerem KRS 0000122150, NIP 957-07-30-409, REGON 000288640 (dalej jako UCK). Podanie danych osobowych – w zakresie wynikającym z przepisów prawa – jest obowiązkowe, jest wymogiem ustawowym i wynika, przede wszystkim, z ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej. W takim przypadku niepodanie danych może skutkować odmową udzielenia świadczenia zdrowotnego. Podanie danych osobowych – w zakresie szerszym niż wynikający z przepisów prawa („dane podane dobrowolne") – jest dobrowolne, a ich niepodanie nie będzie skutkowało odmową udzielenia świadczenia zdrowotnego. Wyrażenie którejkolwiek z zgód dotyczących przetwarzania przez UCK Twoich danych osobowych wyrażasz się na zasadzie dobrowolności. Masz przy tym prawo do cofnięcia i zmiany zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na jej podstawie przed jej cofnięciem. Wystarczy, że skontaktujesz się z nami telefonicznie, poprzez stronę internetową lub odwiedzisz nas w naszej placówce. Dane osobowe są przetwarzane przez UCK, w szczególności, w celach ustalenia Twojej tożsamości przed udzieleniem świadczenia zdrowotnego i/lub usługi medycznej, udzielenia świadczenia zdrowotnego i/lub usługi medycznej, prowadzenia i przechowywania dokumentacji medycznej, ochrony Twoich żywotnych interesów jak naszego pacjenta, rachunkowych i podatkowych. Więcej informacji na temat przetwarzania Twoich danych osobowych, a zwłaszcza celów i podstaw prawnych ich przetwarzania, odbiorców tych danych i przysługujących Ci prawach, znajdziesz na stronie głównej UCK: www.uck.pl – „Polityka prywatności". Ponadto, możesz zwrócić się do punktów informacyjnych (np. Rejestracja Główna, Punkt Przyjęć Pacjentów) w sprawie udostępnienia ulotki informacyjnej pt. „Klauzula informacyjna o przetwarzaniu danych osobowych – informacja dla pacjentów".