



Skierowanie na wykonanie badania genetycznego

Imię i nazwisko pacjenta:	Pieczęć jednostki zlecającej
Data urodzenia:	
PESEL:	
Adres pacjenta:	
Rozpoznanie	Material: rodzaj materiału data pobrania materiału Imię i nazwisko osoby pobierającej
Pieczęć i podpis lekarza kierującego	Tel. kontaktowy:
	Adres e-mail, na który należy wysłać wynik badania:

Rodzaj badania:

- ☐ Identyfikacja zmian wrodzonych ☐ Identyfikacja zmian nabytych (somatycznych)

Cel i metoda badania:

- | | |
|--|---|
| ☐ Pierwotne niedobory odporności i zaburzenia regulacji immunologicznej oraz zaburzenia hematologiczne (NGS – panel immunohematologiczny > 800 genów) | ☐ Sekwencjonowanie celowane metodą Sangera (podać warianty w opisie pacjenta) |
| ☐ Zaburzenia hematologiczne oraz predyspozycje do nowotworzenia (NGS – panel onkologiczny > 700 genów) | ☐ Całogenomowa/całokosmowa diagnostyka zmian liczby kopii genów (wysokorozdzielcze macierze SNP) |
| ☐ Identyfikacja zmian w malformacjach naczyniowych (NGS – panel malformacji <50 genów) | ☐ badanie inaktywacji chromosomu X |
| ☐ Złożony fenotyp kliniczny (Eksom kliniczny >6000 genów/WES) | ☐ Reanaliza wyników NGS |
| ☐ Identyfikacja fuzji genowych i somatycznych zmian SNV (NGS-RNAseq – panel >1300 genów) | |

Istotne informacje o stanie pacjenta: rozpoznanie, wyniki badań, weryfikowane warianty, wywiad rodzinny etc.



Deklaracja Świadomej Zgody na wykonywanie molekularnych badań genetycznych

Dane pacjenta:

Imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	

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

Imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Adres Tel. kontaktowy	

OŚWIADCZENIE

Wyrażam zgodę na użycie pobranego ode mnie/od mojego dziecka* materiału biologicznego w celu izolacji DNA i wykonania molekularnych badań diagnostycznych metodą sekwencjonowania/NGS/SNP-array*, mających na celu identyfikację zmian w DNA/RNA w związku z koniecznością określenia predyspozycji genetycznych do:

.....

Uzyskałam/em informacje na temat podejrzewanej choroby oraz charakteru i znaczenia diagnostycznego planowanych badań molekularnych dla potwierdzenia rozpoznania choroby oraz o możliwych wynikach tych badań, które będą wymagały właściwej interpretacji.

Poinformowano mnie także o tym, że wyizolowany materiał będzie przechowywany do czasu wykonania badań w odpowiednich warunkach, jednakże istnieje ryzyko degradacji (proces naturalny), dlatego może zająć potrzeba ponownego pobrania materiału.

Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody* aby materiał genetyczny był przechowywany i anonimowo wykorzystany do genetycznych badań naukowych, mających na celu rozszerzenie wiedzy na temat molekularnego podłoża chorób genetycznych.

W przypadku braku zgody na wykorzystanie DNA do badań naukowych, zostanie on zniszczony po zakończeniu badań diagnostycznych.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych moich i mojego podopiecznego przez Medyczne Laboratorium Onkologii i Hematologii Dziecięcej CSK UM w Łodzi na potrzeby przeprowadzenia badań diagnostycznych i wydania wyniku.

.....
Data

.....
Czytelny podpis pacjenta lub prawnego opiekuna

.....
Podpis i pieczęć lekarza
przyjmującego deklarację