

pieczęć jednostki zlecającej / dane płatnika



SAHODZIENNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ
CENTRALNY SZPITAL KLINICZNY
UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO W ŁODZI

Medyczne Laboratorium Onkologii i Hematologii Dziecięcej
Oncolab im. WOŚP
Pracownia Immunopatologii i Genetyki
OncoLab ul. Czechosłowacka 4, 92-216 Łódź
tel. (42) 272 53 33
Nr laboratorium w KRDL: 2007

Skierowanie na wykonanie badania genetycznego

data.....

Imię i nazwisko pacjenta		Data urodzenia	
PESEL		Płeć <input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna	
Pochodzenie etniczne <input type="checkbox"/> Europa środkowa <input type="checkbox"/> Inne.....			
Adres pacjenta			
Rozpoznanie			
Rodzaj badania <input type="checkbox"/> Identyfikacja zmian wrodzonych <input type="checkbox"/> Identyfikacja zmian nabytych (somatycznych)			
Cel i metoda badania <input type="checkbox"/> Pierwotne niedobory odporności i zaburzenia regulacji immunologicznej oraz zaburzenia hematologiczne (NGS – panel immunohematologiczny > 800 genów) <input type="checkbox"/> Sekwencjonowanie celowane metodą Sangera (podać warianty w opisie pacjenta) <input type="checkbox"/> Zaburzenia hematologiczne oraz predyspozycje do nowotworzenia (NGS – panel onkologiczny > 700 genów) <input type="checkbox"/> Całogenomowa/całoeksomowa diagnostyka zmian liczby kopii genów (wysokorozdzielcze macierze SNP) <input type="checkbox"/> Identyfikacja zmian w malformacjach naczyniowych (NGS – panel malformacji <50 genów) <input type="checkbox"/> badanie inaktywacji chromosomu X <input type="checkbox"/> Złożony fenotyp kliniczny (Eksom kliniczny >6000 genów/WES) <input type="checkbox"/> Reanaliza wyników NGS <input type="checkbox"/> Identyfikacja fuzji genowych i somatycznych zmian SNV (NGS-RNAseq – panel >1300 genów) odsetek blastów..... <input type="checkbox"/> Tylko zabezpieczenie materiału			
Rodzaj materiału: <input type="checkbox"/> Krew (EDTA) <input type="checkbox"/> Szpik kostny (EDTA) <input type="checkbox"/> Błoczek parafinowy <input type="checkbox"/> Wycinek tkanki <input type="checkbox"/> Inny.....		Data i godz. pobrania:	
		Pacjent po przeszczepieniu szpiku kostnego Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	
		Pieczęć i podpis osoby pobierającej	
		Pacjent po przetoczeniu..... w ostatnich 3 miesiącach Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	
Pieczęć i podpis lekarza kierującego		Osoba upoważniona do odbioru wyniku / adres e-mail:	
		Tel. kontaktowy do lekarza:	
Data przyjęcia materiału w laboratorium.....godz.....ID próbki.....			

Istotne informacje o stanie pacjenta, wyniki dotychczasowych badań, wywiad rodzinny etc.

Główne objawy kliniczne



Deklaracja Świadomej Zgody na wykonywanie 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 w postaci 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 DNA będzie przechowywany do czasu wykonania badań w odpowiednich warunkach, jednakże istnieje ryzyko degradacji DNA (proces naturalny), dlatego może zajść potrzeba ponownego pobrania materiału.

Przyjmuję do wiadomości, że analiza danych z molekularnych badań wielogenowych może wymagać ich przesłania na serwery znajdujące się poza terytorium Polski, co jest niezbędne dla procesu diagnostycznego oraz, że dane te przekazywane są w sposób zanonimizowany.

Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody* aby wyizolowany DNA 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 (powyżej 16 r.ż.)

.....
Czytelny podpis przedstawiciela ustawowego /opiekuna prawnego

* - niepotrzebne skreślić

.....
Podpis i pieczęć lekarza przyjmującego deklarację