

SKIEROWANIE DO PRACOWNI GENETYKI CZ. 1



Centrum Medyczne Luxmed Sp. z o.o.
ul. Radziwiłłowska 5, 20-080 Lublin
tel. 81 532 37 11
NIP 712-23-28-550, REGON 430896124

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

nazwisko

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

imię

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

PESEL DATA URODZENIA

Sposób kontaktu z pacjentem (np. telefon, fax, e-mail).....

Rodzaj materiału i jego pochodzenie.....

Wskazanie do wykonania badania oraz istotne dane kliniczne pacjenta

PŁEĆ M <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	
DATA POBRANIA MATERIALU	GODZINA POBRANIA MATERIALU
<input type="text"/>	<input type="text"/>

DATA PRZYJĘCIA DO LABORATORIUM	GODZINA PRZYJĘCIA DO LABORATORIUM
<input type="text"/>	<input type="text"/>

NAZWA I ADRES ZLECAJĄCEGO
<input type="text"/>

TU NAKLEJ KOD MATERIAŁU

LEKARZ ZLECAJĄCY
<input type="text"/>

DANE OSOBY POBIERAJĄCEJ MATERIAL
<input type="text"/>

M. ZAMIESZKANIA / ODDZIAŁ SZPITALNY
<input type="text"/>

MIĘJSCIE PRZESŁANIA WYNIKU BADANIA LUB DANE OSOBY UPOWIĄZKOWANEJ DO JEGO ODBIORU
<input type="text"/>

BADANIA MOLEKULARNE W MIKROBIOLOGII

Zakażenia wirusem HPV

- HPV-wykrywanie DNA i genotypowanie 37 typów HPV (wysokoonkogenne i niskoonkogenne) [HPV-GEN]
- HPV-wykrywanie DNA 14 wysokoonkogennych typów HPV i genotypowanie typów 16,18 i 45 [HPV-HR]
- HPV-wykrywanie DNA i genotypowanie 14 wysokoonkogennych typów HPV [HPV-HRG]
- HPV-RNA – wykrywanie mRNA onkogenów E6 i E7 typów 16, 18, 31, 33, 45 [HPV-RNA]

- Pakiet: LBC-HPV cytologia cienkowarstwowa oraz wykrywanie 14 wysokoonkogennych typów HPV [LBC-HPV]
- Pakiet: LBC-MCU cytologia cienkowarstwowa + *Chlamydia trachomatis*/ *Mycoplasma genitalium*/ *Mycoplasma hominis*/ *Ureaplasma* sp. [LBC-MCU]
- Pakiet: LBCHPCH cytologia cienkowarstwowa, wykrywanie *Chlamydia trachomatis* DNA oraz wykrywanie DNA 14 wysokoonkogennych typów wirusa HPV [LBCHPCH]
- Pakiet: *Chlamydia trachomatis* / *Mycoplasma hominis* / *Mycoplasma genitalium* / *Ureaplasma* sp. / HPV-HR [MCU-HPV]

Zakażenia dróg moczowo-płciowych

- Candida albicans*-DNA [CAN-PCR]
- Chlamydia trachomatis*-DNA [PCR-CHT]
- Escherichia coli*-DNA [COL-DNA]
- HSV typ 1 oraz 2 -DNA [HSV-PCR]
- Mycoplasma hominis*-DNA [MYC-DNA]
- Neisseria gonorrhoeae*-DNA [NGO-PCR]
- Streptococcus agalactiae* (GBS)-DNA [GBS-DNA]
- Treponema pallidum* -DNA [TRE-DNA]
- Trichomonas vaginalis*-DNA [TRI-DNA]
- Ureaplasma urealyticum* / *Ureaplasma parvum* -DNA [URE-DNA]
- Pakiet: *Candida albicans* / *Candida glabrata* / *Candida krusei* [CAN-DNA]
- Pakiet: *Chlamydia trachomatis* / *Mycoplasma hominis* / *Mycoplasma genitalium* / *Ureaplasma* sp. -DNA [MCU-MLX]
- Pakiet: *Chlamydia trachomatis* / *Mycoplasma hominis* / *Mycoplasma genitalium* / *Ureaplasma* sp. / HSV typ I oraz II [MCU-HSV]
- Pakiet: *Chlamydia trachomatis* / *Mycoplasma hominis* / *Mycoplasma genitalium* / *Ureaplasma* sp. / HPV-HR [MCU-HPV]
- Pakiet: LBC-CHT cytologia cienkowarstwowa + *Chlamydia trachomatis* -DNA [LBC-CHT]

Zakażenia ogólnoustrojowe

- Adenowirus-DNA
 - jakościowo [ADE-PCR]
 - ilościowo [ADE-WIR]
- BK wirus-DNA
 - jakościowo [BKV-DNA]
 - ilościowo [BK-WIRU]
- CMV-DNA
 - jakościowo [CMV-PCR]
 - ilościowo [CMV-WIR]
- EBV-DNA
 - jakościowo [EBVPCRJ]
 - ilościowo [EBVPCR I]
- HHV-6-DNA
 - jakościowo [HHV-6]
 - ilościowo [HHV6-IL]
- HIV-RNA
 - jakościowo [HIV-PCR]
 - ilościowo [HIV-WIR]
- JC wirus-DNA
 - jakościowo [JC-WIRU]
 - ilościowo [JCV-DNA]
- Parwovirus B19-DNA
 - jakościowo [PAR-PCR]
 - ilościowo [PAR-WIR]
- Aspergillus fumigatus* [ASP-DNA]
- Cryptosporidium parvum*-DNA [CRP-DNA]
- Fusarium oxysporum* [FUS-DNA]
- HSV-DNA typ 1 oraz 2 [HSV-PCR]
- Plasmodium falciparum*-DNA [PLA-DNS]
- Toxoplasma gondii*-DNA [TOX-PCR]
- ZIKA Wirus – [ZIKARNA]
- Pakiet: *Candida albicans* / *Candida glabrata* / *Candida krusei*-DNA [CAN-DNA]
- Pakiet: HERPES (EBV/CMV/HHV6/HSV typ I oraz II) [HERPESG]
- Pakiet: Sepsa noworodkowa CMV, *Streptococcus grupa B* (*S. agalactiae* - GBS), *Listeria monocytogenes*, *Escherichia coli*, *Staphylococcus aureus*, *Chlamydia trachomatis*, *Ureaplasma urealyticum/parvum* [SEPNOW]



Zakażenia patogenami hepatotropowymi

HBV-DNA

- jakościowo [HBV-DNA]
- ilościowo [HBV-WIR]
- HBV-LAM – oporność na lamiwudynę [HBV-LAM]
- HBV-ENT – oporność [HBV-ENT]
- HBV – genotypowanie [HBV-GEN]

HCV-RNA

- jakościowo [HCV-PCR]
- ilościowo [HCVWIR]
- HCV-genotypowanie [HCV-GEN]
- HCV Q80K –polimorfizm NS3 [HCVQ80K]

HAV-RNA

- jakościowo [HAV-PCR]

HDV-RNA

- jakościowo [HDV-RNA]

HEV-RNA

- jakościowo [HEV-PCR]

Entamoeba histolytica-DNA [ENT-DNA]

Leishmania donovani-DNA [LEI-DNA]

Zakażenia układu oddechowego

- Adenowirus-DNA – ilościowo [ADE-WIR]
- Aspergillus fumigatus*-DNA [ASP-DNA]
- Bokawirus-DNA [BOC-DNA]
- Bordetella pertussis*-DNA [KRZ-PCR]
- Enterowirus-RNA [ENT-PCR]
- Grypa A/B-RNA [GRYP AAB]
- Grypa AH1N1-RNA [AH1N1]
- Haemophilus influenzae*-DNA [HEM-DNA]
- Koronawirusy NL63, 229E, OC43, HKU-RNA [COR-RNA]
- Legionella pneumophila*-DNA [LEG-PCR]
- Metapneumowirus A/B-RNA [MPV-RNA]
- Mycobacterium tuberculosis*-DNA [TBC-GEN]
- Mycoplasma pneumoniae* / *Chlamydia pneumoniae*-DNA [CHP-MLX]
- Paragrypa 1,2,3,4-RNA [PRI-RNA]
- Parechowirus-RNA [PAR-RNA]
- Pneumocystis jiroveci*-DNA [PNE-DNA]
- Rhinowirus-RNA [RHI-RNA]
- RSV A/B-RNA [RSV-PCR]
- Staphylococcus aureus*-DNA [AUR-DNA]
- Streptococcus pneumoniae*-DNA [STR-DNA]

Pakiet: *Candida albicans* / *Candida glabrata* / *Candida krusei* [CAN-DNA]

Pakiet: Panel oddechowy-25 patogenów układu oddechowego [RESP25G]: grypa A, grypa AH1N1, grypa B, rhinowirus, koronawirus NL63, koronawirus 229E, koronawirus OC43, koronawirus HKU, paragrypa 1, paragrypa 2, paragrypa 3, paragrypa 4, ludzki metapneumowirus A, ludzki metapneumowirus B, bokawirus, RSV A, RSV B, adenowirus, enterowirus, parechowirus, *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia pneumoniae*, *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Staphylococcus aureus*

Inne badania

Inne badania (uzgodnione z personelem Pracowni Genetyki)

Zakażenia neurologiczne

CMV-DNA

- jakościowo [CMV-PCR]
- ilościowo [CMV-WIR]

EBV-DNA

- jakościowo [EBVPCRJ]
- ilościowo [EBVPCRI]

- Adenowirus-DNA [ADE-PCR]
- Aspergillus fumigatus*-DNA [ASP-DNA]
- Borrelia burgdorferi* [BOR-PCR]
- Candida albicans* / *C. glabrata* / *C. krusei*-DNA [CAN-DNA]
- Enterowirus-RNA [ENT-PCR]
- Haemophilus influenzae*-DNA [HEM-DNA]
- HSV-DNA typ 1 oraz 2 [HSV-PCR]
- Listeria monocytogenes*-DNA [LIS-DNA]
- Neisseria meningitidis*-DNA [NEI-DNA]
- Plasmodium falciparum*-DNA [PLS-DNA]
- RUBV-Rubella-RNA [RUB-RNA]
- Streptococcus pneumoniae*-DNA [STR-DNA]
- Toxoplasma gondii*-DNA [TOX-PCR]
- VZV-DNA (Ospa) [VZV-PCR]

Pakiet: *Neisseria meningitidis*, *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* [MENING]

Pakiet: Sepsa noworodkowa CMV, *Streptococcus grupa B* (*S. agalactiae* - GBS), *Listeria monocytogenes*, *Escherichia coli*, *Staphylococcus aureus*, *Chlamydia trachomatis*, *Ureaplasma urealyticum/parvum* [SEPNOW]

Pakiet: Panel neurologiczny: CMV, EBV, adenowirus, HSV1, HSV2, VZV, enterowirus, parechowirus, HHV6, HHV7, parwowirus B19 [MENING9]

Zakażenia układu pokarmowego

- Astrowirus-RNA [AST-RNA]
- Campylobacter jejuni*-DNA [CAM-DNA]
- Clostridium difficile*-DNA [CLOSDNA]
- Entamoeba histolytica* [ENT-DNA]
- Giardia lamblia* [LAM-DNA]
- HAV-RNA [HAV-PCR]
- Norowirus-RNA [NOR-RNA]
- Rotawirus-RNA [ROT-RNA]
- Salmonella* sp.-DNA [SAL-DNA]
- Tropheryma whipplei* – DNA [WHIPDNA]
- Yersinia enterocolitica*-DNA [YER-DNA]

Pakiet: *Clostridium difficile*/Norowirus G1 i G2 [NORCLOS]

Pakiet: Norowirus/Rotawirus/Astrowirus [RNAWGEN]

Zakażenia powodujących objawy skórne

- HHV6-DNA [HHV-6]
- HPV-genotypowanie [HPV-GEN]
- HSV-DNA typ 1 oraz 2 [HSV-PCR]
- MeV-RNA – (Odra) [ODR-RNA]
- MuV-RNA – Świnka (Mumps Virus) [MUM-RNA]
- RUBV-Rubella-RNA [RUB-RNA]
- Treponema pallidum*-DNA (Kiła) [TRE-DNA]

831004



Centrum Medyczne Luxmed Sp. z o.o.
ul. Radziwiłłowska 5, 20-080 Lublin
tel. 81 532 37 11
NIP 712-23-28-550, REGON 430896124

TU NAKLEJ KOD MATERIAŁU

Nazwisko i imię Pacjenta:

Data urodzenia Pacjenta: PESEL Pacjenta _____

Adres pacjenta:

Nazwa i numer innego dokumentu potwierdzającego tożsamość – w przypadku Pacjenta nieposiadającego numeru

PESEL:

Dane rodzica lub opiekuna prawnego Pacjenta (wypełnić, jeśli Pacjent jest niepełnoletni, całkowicie ubezwłasnowolniony lub niezdolny do świadomego wyrażenia zgody):

Nazwisko i imię rodzica lub opiekuna prawnego :

.....

Data urodzenia PESEL: _____

Adres rodzica/opiekuna prawnego:

W przypadku gdy osoba uprawniona do podpisania formularza świadomej zgody nie może złożyć podpisu konieczna jest adnotacja lekarza o przyczynach niemożności złożenia podpisu przez uprawnioną osobę, opatrzona podpisami lekarza oraz innej osoby obecnej przy wyrażeniu zgody!

.....
.....
.....

Deklaracja dotyczy skierowania na badanie:

Symbol badania:.....

Nazwa badania

- Dotyczy osoby badanej: Oświadczam, że w ciągu co najmniej dwóch miesięcy poprzedzających badanie nie wykonywano u mnie / mojego dziecka / mojego podopiecznego transfuzji krwi.
- Oświadczam, że nigdy nie wykonano u mnie/ mojego dziecka / mojego podopiecznego przeszczepu szpiku. Przeszczep szpiku stanowi przeciwwskazanie do wykonania badań genetycznych z krwi i śliny

Wyrażam zgodę na pobranie materiału biologicznego

- | | | | |
|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> krew żylna pełna (EDTA) | <input type="checkbox"/> płyn owodniowy | <input type="checkbox"/> krew żylna, surowica | <input type="checkbox"/> FFPE (nr;% kom. nowot.) |
| <input type="checkbox"/> krew heparynowa | <input type="checkbox"/> wyizolowany DNA | <input type="checkbox"/> kał | <input type="checkbox"/> cytoblok (nr;% kom. nowot.) |
| <input type="checkbox"/> płama krwi | <input type="checkbox"/> szpik kostny | <input type="checkbox"/> mocz | <input type="checkbox"/> krew do izolacji ccfDNA |
| <input type="checkbox"/> krew pępowinowa | <input type="checkbox"/> BAL | <input type="checkbox"/> PMR | <input type="checkbox"/> wymaz z..... |
| (% komórek HbF.....) | <input type="checkbox"/> krew żylna osocze (EDTA) | <input type="checkbox"/> płwocina | <input type="checkbox"/> inne..... |
- trofoblast

ode mnie / od mojego dziecka / podopiecznego w celu izolacji DNA i wykonania genetycznych badań diagnostycznych, mających na celu identyfikację zmian w DNA w związku z podejrzeniem / rozpoznaniem klinicznym choroby (wpisz nazwę choroby):

1. zg. z rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie standardów jakości dla medycznych laboratoriów diagnostycznych i mikrobiologicznych z dnia 13 września 2016r. (Dz.U. z 2016 r. poz 1665)



Centrum Medyczne Luxmed Sp. z o.o.
ul. Radziwiłłowska 5, 20-080 Lublin
tel. 81 532 37 11
NIP 712-23-28-550, REGON 430896124

TU NAKLEJ KOD MATERIAŁU

Niniejszym oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a

1. przez lekarza zlecającego badanie o istocie podejrzewanej choroby i znaczeniu diagnostycznym planowanego badania w tym o jego celu, rodzaju i zakresie².
2. w niektórych przypadkach o zagrożeniu związanym z pobraniem materiału, np. do badań prenatalnych.
3. o sposobie w jaki będzie użyty materiał genetyczny oraz wyniki uzyskanych badań.
4. że uzyskany wynik badania może wskazywać na konieczność pobrania materiału biologicznego od innych członków rodziny.
5. że badanie może wykazać, że u badanego lub u członków rodziny występują dziedziczne zaburzenie lub podwyższone ryzyko choroby uwarunkowanej genetycznie.
6. że uzyskany wynik może być nieinformatywny, badanie nie uda się z przyczyn technicznych lub DNA ulegnie degradacji, wtedy zaistnieje potrzeba powtórzenia pobrania materiału do badań.
7. że w badaniu mogą zostać stwierdzone nieznane wcześniej kwestie dotyczące pokrewieństwa biologicznego, na przykład może dojść do zaprzeczenia ojcostwa.
8. że w przypadku, gdy pokrewieństwo między członkami badanej rodziny jest inne niż deklarowane wynik badania może być niewłaściwie zinterpretowany.
9. że w przypadku badań refundowanych przez NFZ wyniki badań są standardowo przekazywane pacjentowi / rodzicowi / opiekunowi prawnemu / osobie upoważnionej a także lekarzowi wskazanemu w skierowaniu.
10. że wynik badania genetycznego powinien być skonsultowany przez lekarza w ramach porady genetycznej i / lub specjalistycznej.
11. o przysługującym mi prawie do wycofania zgody w dowolnym momencie. Mam także prawo do świadomej rezygnacji z uzyskania informacji o wynikach badania. Złożenie tych oświadczeń musi nastąpić pisemnie pod adres laboratorium Luxmed i nie skutkują one prawem do zwrotu zapłaconych za wykonanie badania kwot. W takiej sytuacji wyniki badań nie zostaną przekazane pacjentowi/opiekunowi prawnemu ale dokumentacja medyczna będzie archiwizowana przez okres 20 lub 22 lat (w przypadku dokumentacji medycznej dotyczącej dzieci do ukończenia 2. roku życia)².

Standardowo próbki DNA pacjenta (materiał genetyczny pacjenta) są przechowywane przez okres 20 lub 22 lat (w przypadku dzieci do ukończenia 2. roku życia)^{1,2}.

W przypadku braku zgody na przechowywanie próbki DNA³ proszę zaznaczyć:

Nie wyrażam zgody na przechowywanie próbki DNA

Wynik badania genetycznego może wykazać **obecność zmian tzw. nieoczekiwanych** (nie związanych ze wskazaniem do badania) mających mieć wpływ na zdrowie (np. powodując ryzyko wystąpienia innej niż poszukiwana choroby lub zaburzenia).

- Nie wyrażam zgody na informowanie mnie o jakiegokolwiek zmianie niezwiązanej ze wskazaniem do badania.
- Wyrażam zgodę na informowanie mnie o zmianach nieoczekiwanych związanych tylko z chorobami / zaburzeniami, na które będę miał/a wpływ poprzez leczenie lub profilaktykę.
- Wyrażam zgodę na informowanie mnie o wszystkich zmianach nieoczekiwanych (także dotyczących chorób nieuleczalnych wg dzisiejszego stanu wiedzy)

Zgoda na anonimowe wykorzystanie części próbki DNA do badań naukowych i diagnostycznych i na przetwarzanie danych badawczych.

Udzielam / nie udzielam zgody na anonimowe wykorzystanie przez laboratorium Luxmed części próbki DNA w badaniach naukowych dotyczących chorób genetycznie uwarunkowanych oraz w badaniach mających na celu wprowadzanie nowych technologii i metod diagnostyki i leczenia tych chorób.

Dotyczące mnie dane badawcze będą traktowane jako informacje poufne i będą zakodowane tak, aby nie można było odkryć mojej tożsamości. W razie potrzeby takie zakodowane dane badawcze mogą również podlegać przetwarzaniu i mogą być udostępnione do użytku innej grupie badawczej lub spółce biorącej udział w badaniu na podstawie odpowiednich umów zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych.

Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody na wykorzystanie wyżej wymienionych danych badawczych do celów naukowych z zachowaniem anonimowości.

Niniejszym oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o konieczności przetwarzania moich danych osobowych w związku z wykonaniem diagnostyki genetycznej. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych wyłącznie do wyżej wymienionych celów przez laboratorium Luxmed, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r Nr 101, poz. 926 z późn. zm). Ponadto potwierdzam, że zostałem/am poinformowany/a o tym, że administratorem w/w danych osobowych będzie laboratorium Luxmed. Mam prawo dostępu do w/w danych osobowych i ich poprawiania. Jestem świadomy, że dane osobowe oraz materiał biologiczny mogą być udostępnione podwykonawcom laboratorium Luxmed w przypadku konieczności wykonania badania u podwykonawcy lub konieczności weryfikacji wyniku na koszt laboratorium Luxmed. Zgadzam się na archiwizowanie, przetwarzanie i powierzenie moich danych osobowych i wrażliwych w bazach danych placówek diagnostycznych wykonujących zlecenie przez laboratorium Luxmed badania.

Miejscowość i data

Czytelny podpis Pacjenta / Rodzica / Opiekuna Prawnego
wyrażającego zgodę na wykonanie badań genetycznych

1. zg. z rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie standardów jakości dla medycznych laboratoriów diagnostycznych i mikrobiologicznych z dnia 13 września 2016r. (Dz.U. z 2016 r. poz 1665)
2. zg. z art.9 ust. 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 o prawach pacjenta i Rzecznika Praw Pacjenta
3. zg. z art. 27 ust. 1 ustawy o ochronie danych osobowych