



SKIEROWANIE NA BADANIE MOLEKULARNE

RODZAJ ZLECANEGO BADANIA (zaznaczyć właściwe)

- Oznaczenie HLA-DQ2/DQ8**
diagnostyka celiakii
- Oznaczenie HLA-B27**
diagnostyka spondyloartropatii seronegatywnych
- Oznaczenie HLA-Cw6**
diagnostyka łuszczycy
- Oznaczenie mutacji Leiden w genie czynnika V**
diagnostyka zakrzepicy
- Oznaczenie mutacji 20210 G>A w genie czynnika II**
diagnostyka zakrzepicy
- Oznaczenie mutacji Leiden w genie czynnika V oraz mutacji w genie czynnika II** – diagnostyka zakrzepicy
- Oznaczenie 4 SNP (H63D/C282Y/S65C/E168X)**
diagnostyka hemochromatozy
- Oznaczenie 2 SNP (H63D/C282Y)**
diagnostyka hemochromatozy

INFORMACJE O PACJENCIE

Imię i nazwisko (drukowanymi literami):

.....

PESEL:.....

Adres korespondencyjny (miejsce przesłania wyniku):

.....

.....

Telefon kontaktowy:.....

INFORMACJE O MATERIALE BIOLOGICZNYM

Rodzaj materiału:

- krew pełna żylna
- inny:.....

Data pobrania próbki pacjenta (dz/m/r):

.....

INFORMACJE O TRANSFUZJI/PRZESZCZEPIE **

U pacjenta wykonano (zaznaczyć właściwą odpowiedź):

- transfuzję przeszczep nie

**Badanie genetyczne można wykonać po 3 miesiącach od daty transfuzji, ponieważ istnieje ryzyko otrzymania błędnego wyniku badania diagnostycznego.

PIECZĘĆ JEDNOSTKI KIERUJĄCEJ

.....

PIECZĘĆ LEKARZA KIERUJĄCEGO

.....

DANE DO FAKTURY

Wyrażam zgodę na wystawienie faktury bez podpisu Zleceniodawcy.

Data, podpis.....

Wypełnić jeśli są inne niż Jednostki Kierującej na badanie.

NIP

Nazwisko i imię/Nazwa Jednostki Kierującej

.....

Adres:

.....

.....

.....

Podpis Pacjenta



DEKLARACJA ŚWIADOMEJ ZGODY NA WYKONANIE BADANIA MOLEKULARNEGO

WYPEŁNIA PACJENT PEŁNOLETNI LUB RODZIC/OPIEKUN PRAWNY PACJENTA

Imię i nazwisko Pacjenta:.....

PESEL Pacjenta / data urodzenia:.....

Adres zamieszkania:.....

Telefon kontaktowy:.....

Pobrano ode mnie lub dziecka materiał biologiczny (krew pełna żylna) zostanie wykorzystany do diagnostyki molekularnej w kierunku (nazwa choroby):.....opartej na analizie DNA oraz do celów związanych z kontrolą jakości badań.

ZOSTAŁEM POINFORMOWANY, ŻE:

1. Pobrano materiał zostanie użyty w celu izolacji DNA oraz wykonania diagnostyki: weryfikacja rozpoznania klinicznego, określenie predyspozycji do zachorowania na w/w chorobę genetyczną lub przeprowadzenie diagnostyki przedobjawowej.
2. W przypadku degradacji materiału biologicznego (proces naturalny) wyrażam zgodę na ponowne pobranie próbki.
3. Jeśli w okresie między pobraniem materiału do diagnostyki molekularnej, a datą wydania wyniku Pacjent niepełnoletni ukończy 18 rok życia, przed wydaniem wyniku konieczne będzie podpisanie przez niego formularza Deklaracja Świadomej Zgody na wykonanie badania molekularnego.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, w celu rejestracji wyników wykonanych badań molekularnych przez EUROIMMUN POLSKA Sp. z o.o., 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.).

.....
Miejscowość i data

.....
Podpis Pacjenta / Rodzica / Opiekuna prawnego

Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody (niepotrzebne skreślić) na wykorzystanie wyników moich badań do celów badań populacyjnych.

.....
Miejscowość i data

.....
Podpis Pacjenta / Rodzica / Opiekuna prawnego