



UNIwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie
Centralne Laboratorium Szpitala
Zakład Genetyki Medycznej, Laboratorium
Cytogenetyki i Genetyki Molekularnej
ul. Wielicka 265; 30-663 Kraków; tel.:12-658-20-11
wew. 1296, 1398
kod NFZ 061/100203. Regon 351375886-00033
kod res.: cz. I. 000000018602, cz. V 03, cz. VII 115

FORMULARZ ZLECENIA BADANIA GENETYCZNEGO

Załącznik
z dnia

Numer ID próbki
(wypełnia Laboratorium)

DANE PACJENTA

(Proszę wypełnić drukowanymi literami)

Nazwisko:	
Imię:	
Data urodzenia	
PESEL*	
Płeć:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> K
Nr USD Nr PG	
Rodzic / Opiekun / Przedstawiciel ustawowy pacjenta (w przypadku osoby małoletniej/ ubezwłasnowolnionej)	
Nazwisko:	
Imię:	
PESEL*	
telefon kontaktowy	

INFORMACJE O ZLECENIODAWCY

(Dane Jednostki kierującej/ w przypadku osób prywatnych Imię i Nazwisko)

Pieczęć Jednostki : (adres, telefon)	
Imię i nazwisko (pieczęć) lekarza kierującego:	
Adres celem wysłania wyniku: (jeżeli inny niż zleceniodawcy)	

ZLECANE BADANIE

(Wypełnia lekarz kierujący/ W przypadku osoby prywatnej Zleceniodawca)

<input type="checkbox"/> CYTOGENETYCZNE (Li-Heparyna) <input type="checkbox"/> MOLEKULARNE (EDTA)	
Nazwa zleconego badania:	
Kod badania (według oferty USD Kraków)	
Wskazania do badania:	
Stosowane leczenie (wypełnić wyłącznie dla badań cytogenetycznych)	

INFORMACJE O MATERIALE BIOLOGICZNYM

(Wypełnia lekarz kierujący/Zleceniodawca/Osoba pobierająca materiał)

Rodzaj materiału:	<input type="checkbox"/> krew <input type="checkbox"/> amniocyty <input type="checkbox"/> szpik <input type="checkbox"/> trofoblast (kosmówka) <input type="checkbox"/> fibroblasty <input type="checkbox"/> krew pępowinowa <input type="checkbox"/> izolat DNA <input type="checkbox"/> bloczek parafinowy <input type="checkbox"/> inne
Data pobrania :	
Godzina pobrania*:	
Imię i nazwisko osoby pobierającej materiał*	

*Wypełnić jeżeli dotyczy

INFORMACJE DODATKOWE

(Wypełnia lekarz kierujący/ W przypadku osoby prywatnej Zleceniodawca)

Choroby genetyczne w rodzinie	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Jeśli TAK, jakie.....
Czy wykonano inne badania genetyczne	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Jeśli TAK, jakie.....
Transfuzja w ciągu ostatnich 3 miesięcy/ Przeszczep szpiku	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	<i>Badanie molekularne można wykonać po okresie 3 miesięcy w przeciwnym razie istnieje ryzyko otrzymania błędnego wyniku</i>
Czy zlecane jest badanie prenatalne	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Tydzień ciąży: Testy przesiewowe: <input type="checkbox"/> prawidłowe <input type="checkbox"/> nieprawidłowe

POTWIERDZENIE ZLECENIA

(Wypełnia lekarz kierujący/ W przypadku osoby prywatnej Zleceniodawca)

Czy deklaracja Świadomej Zgody została podpisana?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Data zlecenia:	
Niniejszym podpisem poświadczam powyższe dane Podpis lekarza kierującego (pieczęć imienna)/Zleceniodawcy	

PRZYJĘCIE MATERIAŁU DO LABOARTORIUM (Wypełnia osoba przyjmująca materiał)

Data przyjęcia materiału do laboratorium	Osoba odbierająca materiał	Uwagi
--	----------------------------	-------



UNIwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie
Centralne Laboratorium Szpitala
Zakład Genetyki Medycznej, Laboratorium
Cytogenetyki i Genetyki Molekularnej
ul. Wielicka 265; 30-663 Kraków; tel.:12-658-20-11
wew. 1296, 1398
kod NFZ 061/100203. Regon 351375886-00033
kod res.: cz. I. 000000018602, cz. V 03, cz. VII 115

DEKLARACJA ŚWIADOMEJ ZGODY NA BADANIE GENETYCZNE

Załącznik
z dnia

DANE PACJENTA	
(Proszę wypełnić drukowanymi literami)	
Nazwisko:	
Imię:	
Data urodzenia	
PESEL*	
Płeć:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> K
Nr Ks. Gł. Nr PG	
Rodzic / Opiekun / Przedstawiciel ustawy pacjenta (w przypadku osoby małoletniej/ ubezwłasnowolnionej)	
Nazwisko:	
Imię:	
PESEL*	
telefon kontaktowy	

INFORMACJE O MATERIALE BIOLOGICZNYM	
Rodzaj materiału:	<input type="checkbox"/> krew <input type="checkbox"/> szpik <input type="checkbox"/> fibroblasty <input type="checkbox"/> izolat DNA <input type="checkbox"/> amniocyty <input type="checkbox"/> trofoblast (kosmówka) <input type="checkbox"/> krew pępowinowa <input type="checkbox"/> bloczek parafinowy <input type="checkbox"/> inne

Wyrażam zgodę, aby pobrany ode mnie lub dziecka materiał biologiczny został wykorzystany do diagnostyki genetycznej molekularnej i (lub) cytogenetycznej w kierunku

Oświadczam, że otrzymałam(-em) wyczerpujące wyjaśnienia dotyczące proponowanego badania i jego celu oraz zachowania w tajemnicy wyników tego badania.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie niezbędnym dla zrealizowania ustawowych zadań i uprawnień.

Ponadto zostałam poinformowany, że:

1. Może zaistnieć konieczność powtórnego pobrania materiału oraz że istnieje możliwość nie uzyskania wyników badań z przyczyn technicznych
2. Badanie może pomóc w weryfikacji rozpoznania choroby i/lub ustalenia nosicielstwa defektu genetycznego i umożliwi poinformowanie mnie o wysokości ryzyka genetycznego i wdrożenia postępowania terapeutycznego bądź profilaktycznego
3. W niektórych sytuacjach wynik badania molekularnego może być nieinformacyjny/niejednoznaczny. W takim przypadku informacyjny wynik analizy DNA nie zostanie wydany. Próbkę DNA zostanie poddana ponownemu badaniu po wdrożeniu nowych metod diagnostycznych.
4. Uzyskany materiał genetyczny będzie przechowywany po zakończeniu diagnostyki w odpowiednich warunkach przez okres 12 miesięcy (od daty pobrania materiału biologicznego), niemniej istnieje ryzyko jego degradacji (proces naturalny), dlatego może zajść potrzeba ponownego pobrania materiału w przyszłości.

Nie wyrażam zgody na przechowywanie materiału:

Data i podpis pacjenta/ rodzica/ opiekuna prawnego:	
Pacjent został poinformowany o celu, istocie i szczegółach badania genetycznego, oraz możliwych wynikach, które będą wymagały właściwej interpretacji.	Pieczętka imienna i podpis lekarza kierującego