

ZAMÓWIENIE WYKONANIA BADANIA GENETYCZNEGO Z DEKLARACJĄ ŚWIADOMEJ ZGODY NA WYKONANIE BADANIA

Wypełnia pacjent pełnoletni lub rodzic/opiekun prawny pacjenta

Nazwisko i imię pacjenta:	
PESEL pacjenta:	
Telefon kontaktowy:	E-mail:
Adres kontaktowy:	

Nazwisko i imię rodzica/opiekuna prawnego (w przypadku pacjentów małoletnich albo całkowicie ubezwłasnowolnionych):
Adres miejsca zamieszkania:

Pobrane ode mnie lub dziecka materiał (proszę zaznaczyć właściwy kwadrat):

☐ krew ☐ tkanka ☐ płyn owodniowy ☐ trofoblast ☐ inne (.....)

zostanie wykorzystany do diagnostyki molekularnej opartej na analizie DNA w kierunku:

.....
nazwa choroby oraz kod procedury

Jestem świadomy/a, że:

1. Pobrany materiał zostanie użyty w celu izolacji DNA oraz wykonania diagnostyki:
 - ☐ prenatalnej (przedurodzeniowa)
 - ☐ postnatalnej (pourodzeniowa)
 - ☐ weryfikacja rozpoznania klinicznego
 - ☐ określenia statusu nosicielstwa
 - ☐ określenia predyspozycji do zachorowania na w/w chorobę genetyczną.
2. Wyizolowany DNA będzie przechowywany w odpowiednich warunkach, istnieje jednak ryzyko degradacji DNA (proces naturalny) dlatego może zajść potrzeba ponownego pobrania materiału.
3. W przypadku gdy pokrewieństwo pomiędzy członkami badanej rodziny jest inne niż deklarowane, otrzymany wynik molekularnego badania genetycznego może być nieprawidłowy.
4. 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*.
5. Jeśli w okresie 2 miesięcy przed pobraniem materiału do badań genetycznych wykonano u mnie/dziecka transfuzję, poinformuję o tym pracownika MedGen.
Niepoinformowanie pracownika MedGen o wykonanej transfuzji w ciągu ostatnich 2 miesięcy przed wykonywaniem badań genetycznych może skutkować uzyskaniem nieprawidłowego wyniku badania i może mieć wpływ na interpretację uzyskanego wyniku badania genetycznego.
6. Preparat DNA standardowo jest przechowywany w banku DNA Laboratorium Medgen, dzięki czemu możliwe jest wykonanie w dowolnym czasie dodatkowych badań dla Pacjenta. W przypadku braku zgody na bankowanie DNA należy zaznaczyć opcję „Nie wyrażam zgody na bankowanie DNA”
NIE WYRAŻAM ZGODY NA BANKOWANIE DNA: ☐
7. Uzyskanie wyniku nieinformacyjnego (np. z powodu niskiej jakości DNA, zbyt małej ilości DNA, co jest możliwe do sprawdzenia po przeprowadzeniu reakcji amplifikacji DNA) nie jest podstawą do zwrotu kosztów wykonania badania. Laboratorium MedGen dokłada wszelkich starań aby zminimalizować ryzyko zaistnienia takiej sytuacji (m.in. poprzez stosowanie odczynników najwyższej jakości), jednakże wykluczenie takiej sytuacji nie jest możliwe.
8. Uzyskałem/am od lekarza zlecającego badanie informację, o której mowa w art. 9 ust. 2 ustawy z dnia 23 marca 2017r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2017 r. poz.836, z późn. zm.), w szczególności o istocie podejrzananej choroby i znaczeniu diagnostycznym planowanego badania genetycznego.

Wskazania do wykonania badania (np. objawy kliniczne):

Czy badanie genetyczne było wykonywane wcześniej? Jeśli tak, to w kierunku jakiej choroby?

Czy w rodzinie występowały choroby genetyczne? Jeśli tak, to jakie i u kogo?

Miejscowość i data

Podpis pacjenta / rodzica / opiekuna prawnego



Zostałem/łam 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 MedGen, 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).

Jestem świadomy, że dane osobowe oraz materiał biologiczny mogą być udostępnione podwykonawcom CM MedGen w przypadku konieczności wykonania badania u podwykonawcy lub konieczności weryfikacji wyniku na koszt CM MedGen. Zgadzam się na archiwizowanie, przetwarzanie i powierzenie moich danych osobowych i wrażliwych w bazach danych placówek diagnostycznych wykonujących zlecone przez CM MedGen badania.

.....
Miejscowość i data

.....
Podpis pacjenta / rodzica / opiekuna prawnego

UPOWAŻNIENIE

Ja,, o numerze PESEL:.....,

imię i nazwisko Pacjenta/opiekuna prawnego

Upoważniam do dostępu do informacji o moim stanie zdrowia/o stanie zdrowia mojego Podopiecznego:

Panią/Pana

imię i nazwisko

zamieszkałą/ego.....,

tel. kontaktowy.....

.....
imię i nazwisko Pacjenta, data

Upoważniam do dostępu do dokumentacji medycznej, dotyczącej mojego stanu zdrowia oraz udzielonych mi świadczeń zdrowotnych/:

Panią/Pana

imię i nazwisko

zamieszkałą/ego.....,

tel. kontaktowy.....

.....
imię i nazwisko Pacjenta, data

Nie upoważniam żadnej osoby do dostępu do informacji o moim stanie zdrowia oraz do dostępu do dokumentacji medycznej, dotyczącej mojego stanu zdrowia oraz udzielonych mi świadczeń zdrowotnych.

.....
imię i nazwisko Pacjenta, data

Na podstawie Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 09/11/2015 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. 2015 nr 2069).